

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

**“APLICACION DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
PACIENTES GERIATRICOS CON DEPRESION”**

ELABORADO POR

RODRIGUEZ ANA M 9 730 1284

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAESTRIA EN  
PSICOLOGIA CLINICA

SANTIAGO DE VERAGUAS PANAMA

2017

ST

19 MAR 2018



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

Programa de Maestria en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Numero de código CE PT 327 14 255 01 15 12

Nombre del estudiante

Rodriguez Ana M 9 730 1284

Título a que aspira

Maestria en Psicología Clínica

Tema de Tesis

Aplicación de la terapia Cognitivo Conductual en  
pacientes geriátricos con depresión

Uso del Auditor

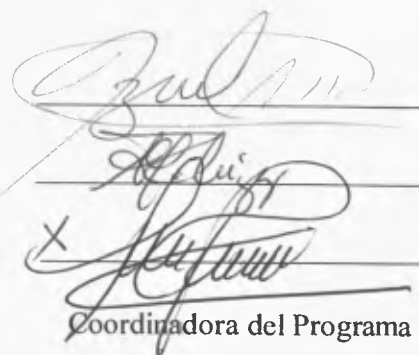
Nombre del o la asesor (a):

Azael Sanjur

Firma del o la asesor (a):

Firma del estudiante:

Aprobado por



Coordinadora del Programa



Director de Postgrado de la Vicerrectoría de investigación y Postgrado.

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios primeramente por darme la sabiduria y la perseverancia necesaria para culminar este trabajo a mi abuelo que aunque no este conmigo siempre me inculco con su amor que todo es posible a mi abuela por ser mi inspiracion con su apoyo y amor incondicional me ayudo a seguir adelante y alcanzar las metas que me he propuesto a mi familia y demas personas que de una u otra forma me apoyaron y me incitaron a lograr esta meta*

*Ana M Rodriguez*

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	IV
INDICE GENERAL	V
INDICE DE TABLAS	VII
INDICE DE GRAFICAS	VIII
ABREVIATURAS	IX
RESUMEN	X
OVERVIEW	XI
INTRODUCCION	XII
CAPITULO 1 MARCO CONCEPTUAL	15
1 1 Justificacion	15
1 2 Planteamiento del problema	15
1 3 Objetivo general	16
1 4 Objetivos especificos	16
1 5 Escenario de la investigacion	17
CAPITULO II MARCO TEORICO	19
2 1 Antecedentes	19
2 2 Aspectos esenciales	23
2 2 1 Depresion	23
2 2 1 1 Concepto	23
2 2 1 2 Tipos	23
2 2 1 3 Etiologia de la Depresion	25
2 2 1 4 Aparicion y Evolucion	28
2 2 2 Anciano (vejez)	30
2 2 2 1 Definicion	30
2 2 2 2 Caracteristicas	30
2 3 Terapia Cognitivo Conductual	33
2 3 1 Concepto	33

2 3 2	La terapia cognitivo conductual en personas mayores	34
2 3 3	Tecnicas	36
2 3 3 1	Reestructuracion Cognitiva	36
2 3 3 2	Entrenamiento de Relajacion	36
2 3 3 3	Estrategias de afrontamiento	37
2 3 3 4	Estrategias de Exposicion	38
CAPITULO III MARCO METODOLOGICO		40
3 1	Diseno y Tipo de la Investigacion	40
3 2	Hipotesis	41
3 3	Definicion de las variables	41
3 4	Definicion de la Poblacion y Muestra	43
3 5	Instrumentos y Tecnicas de Medicion	43
3 5 1	Descripcion del instrumento	44
3 5 1 1	Terapia de grupo para el tratamiento Cognitivo Conductual de Depresion	46
3 6	Procedimiento Estadistico	52
3 6 1	Prueba $t$ Para Muestra Unica	53
3 6 2	Aspectos Eticos	54
3 7	Procedimiento de la Investigacion	54
3 8	Analisis Estadisticos de los Datos	55
CAPITULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS		57
4 1	Resultados	57
4 1 1	Resultados Cuantitativos	58
4 1 2	Resultados Cualitativos	65
4 2	Discusion	66
CONCLUSIONES		70
RECOMENDACIONES		73
BIBLIOGRAFIA		75
ANEXOS		79

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Criterios diagnosticos DSM V	24
Tabla 2 Sintomas y criterios de la depresion	29
Tabla 4 Distribucion de la poblacion segun su edad	58
Tabla 5 Resultados por la Escala de Depresion Geriatrica (GDS) aplicada a los ancianos antes del tratamiento	59
Tabla 6 Resultados del TONI 2 (Test of Noverbal Intelligence) aplicado a los ancianos antes del tratamiento	60
Tabla 7 Formato de cada sesion tratamiento cognitivo conductual	62

## **INDICE DE GRAFICAS**

Grafica1 Distribucion en porcentaje de los rangos de edad de la poblacion	58
Grafica2 Niveles de Depresion en la Poblacion	59
Grafica3 Coeficiente Intelectual de los Ancianos	61
Grafica4 Resultados del Formato de seguimiento de cada sesion tratamiento cognitivo conductual	64



## **ABREVIATURAS**

**TCC** Terapia Cognitivo Conductual

**GDS** Escala de depresion Geriatrica

**C I** Coeficiente Intelectual

## **RESUMEN**

En nuestras etapas de la vida pasamos por diversas dificultades las cuales debemos ir afrontando al pasar el tiempo por tanto hay momentos en que necesitaremos de la ayuda de especialistas para lograrlo. El presente estudio tiene como propósito ayudar a siete Pacientes Geriátricos que padecen depresión en el asilo de ancianos del distrito de Santiago mediante una terapia psicológica.

Determinaremos los efectos de la TCC en el trastorno depresivo por consiguiente se inicio conociendo el nivel de depresión mediante el diagnóstico al igual que su estado cognitivo luego adaptamos la terapia comprobamos los cambios que produjo.

Este estudio es de tipo pre experimental con un diseño de pre prueba post prueba con un solo grupo ya que se aplicara el instrumento antes y después de la implementación del tratamiento.

Este tratamiento se llevo a cabo en 12 sesiones grupales y 4 individuales 2 días a la semana en una hora aproximadamente en la cual se abordaron tres módulos con los temas de que forma nuestro contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo de que manera nuestro pensamiento afecta nuestro estado de ánimo y de que forma nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo.

Se obtuvo como resultado que los efectos producidos por la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes geriátricos con depresión no fueron efectivos en su totalidad por lo que evidencia que para esta población con el rango de edad que presenta cada uno de los participantes no se logro un efecto en ellos.

## OVERVIEW

In our stage of life we go through various difficulties which we should go facing to pass the time so there are times that you need the help of specialists to achieve it. The present study aims to help senior geriatric patients suffering from depression in the nursing home in the District of Santiago by means of a psychological therapy.

We will determine the effects of TCC on depressive disorder; therefore, he started knowing the level of depression through the diagnosis as well as their cognitive status, then we tailor the therapy, check the changes that took place.

This study is of type prior with a pre-test post-test with a single group design since the instrument will be applied before and after the implementation of the treatment.

This treatment was carried out in 12 group sessions and 4 singles 2 days a week for an hour approximately, which were addressed in three modules with issues: how our affects people, contact our State of mind, how our conduct affects our State of mind, and what shape our activities affect our State of mind.

Was obtained as a result that the effects produced by the cognitive behavioral therapy in geriatric patients with depression were not effective in its entirety, so evidence for this population with the age range that presents each of the participants failed to have an effect in them.

## INTRODUCCION

La rama de la investigacion cientifica que estudia el comportamiento emociones y pensamientos del ser humano es la Psicología ciencia basica que nos ayuda a comprender mas a fondo cada una de estas areas y cuando hay un desequilibrio en ellas

Por tanto es una ciencia que se ocupa del comportamiento a lo largo de la vida tratando de establecer cuales son las pautas o los patrones tipicos o cuales son los cambios que se producen con el paso de la edad o a traves del ciclo vital y como derivacion cuales son las mas notables diferencias a lo largo de la vida desde el nacimiento hasta la muerte por tanto la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital

Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento en el sentido que el individuo es un ente biopsicosocial Por esta razon el individuo envejeciente es un sujeto de conocimiento psicologico

En consecuencia los individuos/as que llegan a la vejez sufren cambios entre estos se encuentran los cambios emocionales físicos y sociales que requieren de una atencion profesional adecuada

Atender a un individuo en esta etapa de la vida es un aspecto satisfactorio para ellos ya que en esa etapa hay deterioros de las actividades cotidianas por tanto necesitan la mejor atencion posible sin embargo los familiares creen equivocadamente que no hay nada que hacer acerca de los problemas mentales y conductuales aun cuando se tenga casi 100 años porque consideran que son acompañantes en la vejez

Aspectos como estos nos estimulan a realizar el presente estudio con el objetivo de que estas personas mediante un tratamiento (terapia) puedan entender formas nuevas de pensamiento y así disfrutar de esta maravillosa etapa de la vida

Esta investigación esta constituida por cuatro capítulos los cuales comprenden lo siguiente

El *capítulo uno* trata sobre el Marco General aspectos que justifican la investigación (Contextualización del objeto de investigación argumentación teórica) problema de investigación objetivos descripción del escenario del lugar donde se realizó la investigación y la definición de los conceptos claves

En el *capítulo dos* se presenta el Marco Teórico el cual se enfoca en los estudios que se han hecho con base a la depresión geriátrica a la terapia cognitivo conductual

El *capítulo tres* detalla el Marco Metodológico que presenta el estudio el cual incluye el diseño de investigación las hipótesis técnicas de recolección de los datos y el procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos aspectos administrativos como recursos humanos materiales aspecto financiero y cronograma de las etapas de la investigación

En el *capítulo cuatro* se incluye la presentación de los resultados y su análisis (tratamiento cuantitativo y cualitativo) conclusiones y recomendaciones

**CAPITULO I**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **CAPITULO 1 MARCO CONCEPTUAL**

### **1.1 Justificación**

La ancianidad etapa final de la vida que inicia aproximadamente a los 60 años y se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas lo que a su vez ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental que conlleva a un sin número de padecimientos entre ellos la depresión que van poco a poco degenerando a estas personas

Es por ello que nos hemos propuesto a ejecutar un programa de terapia cognitivo conductual para procurar contribuir a la solución de esta problemática sentida en los ancianos en este hogar y a través de ello lograr el aprendizaje adecuado

Además con esta investigación mostrar un aporte científico para tratar estos padecimientos y propiciar una mejor calidad de vida en esta última etapa del ciclo vital para que puedan disfrutar con los que le rodean

### **1.2 Planteamiento del problema**

La depresión en edades avanzadas de la vida es un tema que despierta interés generalizado y al que se dedica un número de investigadores por lo que Jervis y Gonzalez (2005) plantean que el envejecimiento no es sinónimo de depresión y que la melancolía no es en modo alguno un aspecto constitucional de la vejez ya que no todos los ancianos están deprimidos ni todos los síntomas depresivos son normales a su edad lo que sucede es que la depresión en el anciano adopta con frecuencia formas características que no se presentan en otro grupo de edades. El aumento claro del porcentaje de población en este rango de edad así como la progresiva tecnificación

deshumanización y pérdida de valores sociales y una imposibilidad real de dar cabida al anciano en el seno del hogar ha hecho que esta población se vea cada vez en mayor número viviendo en soledad existan o no motivos desencadenantes ambientales sociales familiares y para ello se ha convertido desde el punto de vista epidemiológico en una problemática socio sanitaria de primer orden de la cual la población de ancianos de Panamá no se escapan de esta realidad

Por consiguiente aunado a esta problemática y en búsqueda de una solución en este padecimiento (depresión) en esta etapa de la vida se hace el siguiente planteamiento

*¿Que efectos produce la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)  
en la rehabilitación de pacientes geriátricos con trastorno  
depresivo del asilo de ancianos San Juan de Dios del distrito de  
Santiago Veraguas?*

#### 1.3 Objetivo general

- Conocer los efectos de la TCC en pacientes geriátricos con trastorno depresivo del asilo de ancianos San Juan de Dios del distrito de Santiago Veraguas

#### 1.4 Objetivos específicos

- Seleccionar la población que presente un nivel de depresión leve  
Diagnosticar los niveles de depresión en la población en estudio
- Adaptar la terapia (TCC) a la población en estudio  
Comprobar los cambios que ha generado la terapia cognitivo conductual



### 1.5 Escenario de la investigación

Esta investigación tuvo lugar en el Hogar para adultos mayores San Juan de Dios ubicado en el distrito Santiago provincia de Veraguas. Este hogar fue fundado el 14 de Agosto 1964 y le correspondió a la Hna. Alfredina Chiocho estar al frente de esta obra acompañada de la Hna. Rosa María Vitale que aun se mantiene trabajando desde su llegada a nuestro país en el año 1962.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEORICO**

## **CAPITULO II MARCO TEORICO**

### **2.1 Antecedentes**

Existen diferentes investigaciones sobre los ancianos depresión y la terapia cognitivo conductual por lo que se resaltan las más importantes

En México Distrito Federal en el Instituto Nacional de Geriatria Secretaria de Salud (2012) se realizó las prácticas en enfermería psiquiátrica y salud mental en la cual se está definiendo el papel de liderazgo de las enfermeras en la terapia grupal con adultos mayores es el primer trabajo de terapia de grupo dirigido por enfermeras Con el objetivo de examinar los efectos de terapia grupal cognitivo conductual para adultos mayores deprimidos

Se obtuvo como resultado que los participantes experimentaron resultados positivos en el crecimiento personal cambios de pensamientos negativos y en sus relaciones familiares Un factor importante terapéutico fue el apoyo de otros miembros del grupo Las enfermeras líderes experimentaron un crecimiento positivo profesional y personal Las dificultades consistieron en la resistencia de los médicos hacia el proyecto y en seguir un modelo rígido de terapia grupal cognitiva conductual y se llegó a la conclusión que se recomienda una combinación de terapia cognitivo conductual y terapia grupal de apoyo

Por otro lado en la Universidad Autónoma de Madrid España (2004) se realizó un estudio cuasi-experimental que analiza la efectividad de un programa psicoeducativo dirigido a la reducción de la preocupación excesiva en personas mayores mediante la discusión y práctica de habilidades de solución de problemas relajación muscular control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación Una muestra de 17 personas de entre 55 y 80 años asistió a 8 sesiones semanales de 90 minutos y 24

formaron el grupo control. Se evaluó preocupación rasgo, severidad de la ansiedad generalizada y meta preocupación antes y después del programa. No hubo diferencias en las puntuaciones previas entre grupos ni en estas variables ni en variables socio demográficas. Sin embargo, tras el programa, el grupo clínico obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en preocupación rasgo y severidad de la ansiedad generalizada, pero no en meta preocupación, por lo que el programa realizado parece ser eficaz en la reducción de la preocupación excesiva en las personas mayores.

En el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, EE. UU. (2006) se realizaron estudios sobre las intervenciones cognitivas conductuales para la depresión en personas mayores. Compararon terapias cognitivas, terapias conductuales y terapias breves orientadas al «insight» con adultos diagnosticados como clínicamente deprimidos y mayores de 55 años. Los tres grupos mostraron una reducción de los síntomas, si bien los grupos cognitivo y conductual eran los únicos que mantenían los logros terapéuticos durante el seguimiento.

Han realizado además los estudios adicionales controlados que apoyan la eficacia de la TCC para depresiones entre moderadas y severas en personas mayores. Asignaron aleatoriamente a 91 pacientes externos mayores con un trastorno depresivo mayor a las condiciones de terapia cognitiva conductual, terapia psicodinámica breve o condición de control «lista de espera». Los pacientes recibieron entre 16 y 20 sesiones de terapia individual en función de la necesidad. Las evaluaciones post tratamiento indicaron que las tres modalidades de tratamiento fueron igualmente efectivas en la disminución de los síntomas depresivos, mientras que el grupo de control de lista de espera no mejoró. Sin embargo, tras un seguimiento de dos años, los logros terapéuticos se mantenían en mayor medida en las personas que habían sido tratadas con terapia cognitiva o conductual; estas personas atribuían su éxito a largo plazo a la aplicación continuada de las habilidades aprendidas en el tratamiento. En conjunto, estos estudios sugieren que no existen

diferencias a corto plazo entre las modalidades terapeuticas sin embargo las personas que reciben TCC mantienen los logros terapeuticos durante un periodo superior

En la ciudad de Lima Peru (2006) Hogar Albergue Canevaro por Romero donde se realizo un estudio de caso donde pone de manifiesto que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de intervencion que tiene una significativa eficacia en el alivio de los sintomas cognitivos afectivos y conductuales asociados con la depresion en pacientes adultos mayores Los resultados nos indican que la paciente fue tratada en 12 sesiones de 50 minutos cada una donde se le enseñaron habilidades y metodos reguladores del animo

En la ciudad de Bucaramanga Colombia (2007) Universidad Pontificia Bolivariana Facultad de Psicologia por Cerquera 2014 en la linea de investigacion Calidad de Vida en el Adulto Mayor en un estudio donde se identificar la relacion existente entre el estado de los procesos cognitivos y el nivel de depresion de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga Para el presente estudio se recolecto informacion a partir de la aplicacion de dos instrumentos (el Minimental y la Escala Geriatrica de Depresion de Beck) y por medio de la entrevista a profundidad con un muestreo no probabilistico de 67 adultas mayores de la poblacion estudiada y se encontraron elementos correlacionales de deterioro y depresion con eventos significantes del ciclo vital Esta investigacion se basa en la necesidad de establecer condiciones reales de las adultas mayores en cuanto a las dos variables y su correlacion para así mejorar la salud mental y emocional de esta poblacion a partir de acciones emprendidas por los profesionales que las asisten Los resultados permiten concluir que existe correlacion entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresion

En la Ciudad de San Salvador Universidad Francisco Gavidia (2011) por Martinez De B y Rivera Rivera JK realizaron una investigacion sobre Depresion en el adulto mayor fue un estudio de tipo descriptivo realizado con personas adultas mayores Institucionalizadas en el hogar de ancianos de San Vicente de Paul

Esta investigación que se realizó tiene como fin medir los estados de depresión existentes que se dan en la población del hogar de ancianos San Vicente de Paul ya que en esta etapa de la vida es donde se dan los cambios de mayor incidencia del deterioro psicológico social y físico hecho que se manifiesta cuando el adulto presenta síntomas de depresión otro aspecto que se tomó en cuenta fue la concatenación de la depresión con el nivel socioeconómico Para llevar a cabo este estudio incluimos la historia de la depresión causas tratamientos y las perspectivas que explican la depresión los cambios que conlleva el envejecimiento las teorías que explican el envejecimiento la relación existente entre el nivel socioeconómico y la depresión además damos una breve reseña sobre algunos hogares de ancianos en el salvador El tipo de estudio que realizamos fue no experimental descriptivo tomando una muestra de 17 mujeres y 17 hombres con una población total de 79 adultos mayores Explicamos las técnicas e instrumentos de investigación que utilizamos para llevar a cabo dicho estudio la interpretación de estos como se aplica el instrumento y el proceso para recolectar los datos así como también el análisis e interpretación de los resultados por medio de gráficas y porcentajes

En la ciudad de Santiago de Veraguas Panama (2011) Universidad especializada de las Américas (UDELAS) por Gonzalez y Ortega sobre un estudio comparativo de la depresión en ancianos que viven en los asilos y los ancianos que viven con sus familiares la cual dio como resultado que una cierta cantidad de los ancianos que viven en los asilos sufren de depresión a pesar de la atención especializada que reciben y que factores como la falta de afecto familiar el no sentirse autosuficientes y libres aislamiento social influyen de forma significativa en el padecimiento de la depresión

## 2.2 Aspectos esenciales

### 2.2.1 Depresión

#### 2.2.1.1 Concepto

Es importante diferenciar entre el hecho de sentirse deprimido o triste y el padecer de un trastorno depresivo. Así tenemos que lo primero se refiere a una reacción ante un acontecimiento pasajero, fortuito, que implica alguna pérdida o una determinada experiencia desagradable asociada a eventos ambientales. Mientras lo segundo es cuando la persona experimenta sentimientos de tristeza, desesperanza e infravaloración (Sarason y Sarason, 2006) de manera persistente durante mucho tiempo, que incluye meses o años.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2014) indica que

*El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.*

#### 2.2.1.2 Tipos

En función de la duración de los síntomas, el DSM V divide la depresión en subtipos indicados en la siguiente tabla:

<b>Categoría diagnóstica</b>	<b>Criterios DSM V</b>	<b>Duración</b>
Trastorno de desregulación discriptiva del estado de ánimo	Describe a los niños con problemas conductuales y emocionales graves cuya característica prominente es la irritabilidad no episódica o crónica	12 o más meses
Depresión mayor	5 o más síntomas depresivos incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia que causan deterioro significativo social laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento	≥ 2 semanas
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	3 o 4 síntomas distímicos incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia que causan deterioro significativo social laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento	≥ 2 años
Trastorno disforico premenstrual	Al menos 5 síntomas han de estar presentes en las últimas semanas antes del inicio de la menstruación causan deterioro significativo social laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento	Última semana antes del inicio de la menstruación
Trastorno depresivo debido a otra afección	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio además causan deterioro significativo social laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento	

Tabla 1 Criterios diagnósticos DSM V de Trastornos Depresivos Valencia, España. Universidad de Valencia (2013)



## 2.2.1.3 Etiología de la Depresión

Se ha estudiado que padecer de depresión se asocia tanto a factores genéticos como ambientales. Específicamente Sarason y Sarason (2006) plantea la influencia de factores de riesgo ambientales, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia (recordemos que Comas Díaz Luter S S, Maddi S D (2013) señalan que la resiliencia es la capacidad que tienen las personas para adaptarse al ambiente o situación donde convive aunque sea adversa).

Siguiendo a los autores citados, los factores de riesgo que pueden desencadenar una depresión son:

- **Herencia** es un factor al cual se le atribuye gran importancia dado que los estudios sugieren que este aspecto está muy presente cuando se trata de una depresión mayor o de un trastorno bipolar. Se ha demostrado que si una persona padece uno de estos trastornos, entonces su familiar o familiares estarán más propensos a padecer dichas psicopatologías. Cabe destacar que las investigaciones también han identificado que los familiares del paciente que ha presentado un primer episodio depresivo antes de los 20 años, ocurrirá que sus familiares tendrán 8 veces más la probabilidad de que padezcan este mismo trastorno en comparación con las personas que no padecen depresión.

Asimismo, se ha encontrado que aquellas personas que tenían más de 40 años cuando sufrieron el primer episodio depresivo mayor, sucedió que sus familiares presentaron un riesgo ligeramente más alto que el normal de sufrirlo. Por otro lado, aunque las investigaciones han detectado una influencia importante de la genética en las familias donde se presenta depresión, no se ha demostrado aún como la herencia afecta las características clínicas de la depresión, como la duración del estado depresivo o la cantidad y el tipo de síntomas.

- **Edad** estudios señalan que la depresion tiende a ser mas frecuente en mujeres que estan en el rango de edad de 20 a 25 años En el caso de los hombres la depresion se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 40 a 49 años En lo que respecta a la comparacion de la cantidad de las personas con depresion en el pasado versus la cantidad en momentos mas actuales se ha expresado que el numero de personas depresivos aumento en el siglo XX siendo la poblacion joven la cuantitativamente mas afectada por lo que se ha llegado a la conclusion de que con el pasar de los años ha habido un aumento de la cantidad de pacientes depresivos a la vez que una disminucion en la edad de los diagnosticados Se plantea que este cambio puede deberse a factores como el abuso de alcohol drogas cambios en la estructura del matrimonio y la familia el aumento del desempleo la urbanizacion el incremento de la contaminacion y posiblemente los cambios en los criterios diagnosticos de esta patologia Sin embargo no esta aclarada la manera en que estos ultimos elementos se relacionan al incremento de la depresion
  - **Genero** al parecer ser mujer es un factor que hace al ser humano mas propenso de padecer el trastorno sin embargo no se descarta la influencia cultural que favorece mas la tendencia en la mujer de buscar ayuda ante los problemas emocionales que en los hombres Ademàs en este sentido tambien se presume que la mujer debe encargarse de estas dificultades en el ambito familiar lo cual implica un desgaste emocional y es posible que contribuya al desarrollo de un estado depresivo
- Estudios con mujeres casadas de entre 25 a 45 años reportan que ellas tienden a presentar mas depresion, que las mujeres solteras en el mismo rango de edad ya que tienen mas responsabilidad en lo que respecta al cuidado de las y los hijos a la vez que del hogar así como tambien se les atañe la funcion de apoyar a familias extensas el estres del trabajo el bajo ingreso economico

Otro de los aspectos reportados sobre la influencia del genero en la depresion es un posible estilo de confrontacion ante los problemas diferenciados entre el hombre y la mujer donde se piensa que el hombre utiliza recursos de confrontacion que los llevan a la accion propiciando que distraigan sus emociones en cambio la mujer recurre a un estilo de confrontacion mas cognitivo que puede empeorar su malestar

- **Eventos de vida** se contempla la influencia de factores ambientales y eventos de vida en el desarrollo de la depresion Se conoce que los eventos de vida relacionados a sucesos estresantes cuando se acumulan en poco tiempo pueden originar depresion y esta probabilidad aumenta cuando la persona presenta vulnerabilidad No se puede afirmar que un evento estresante de vida particular produzca depresion mayor ya que por ejemplo cuando una persona ha presentado episodios depresivos previos se reduce la influencia de este elemento Ademias es importante tener claro que los eventos de vida estresantes no son casuales ya que generalmente estan relacionados con la vulnerabilidad que presenta el individuo y sus circunstancia de vida mas no a la mala suerte Cabe destacar que muchos eventos de vida estan asociados con las relaciones que constituyen la red social de la persona y a la forma en que esta lo experimenta Sin embargo indudablemente hay situaciones externas e independientes que se salen del control del sujeto que frecuentemente originan depresion Tomando en cuenta el ambito social se conoce que la eleccion de relaciones interpersonales y sus interacciones son aspectos que pueden estar mas relacionados a la aparicion de eventos estresantes que desencadenan una depresion antes que acontecimientos originados por fuerzas externas
- **Falta de apoyo social** se conoce que la ausencia de una o mas personas que brinden un clima de confianza o apoyo social y emocional ante una circunstancia dificil aumentara la probabilidad de que surja depresion en la persona afectada

por un determinado evento adverso Asimismo se ha encontrado que las criticas propician estados depresivos antes que la ausencia del apoyo social propiamente Tambien se entiende que instituciones como el matrimonio deben propiciar el apoyo social de manera que cuando se presenta una ruptura se desencadenara depresion

Tambien Roth (2000) nos presenta otros factores de riesgo que se han invocado para la presentacion de la depresion en los pacientes de la tercera edad los cuales figuran los siguientes

- Factores Predisponentes Estructura de la personalidad' (Dependientes Pasivos agresivos Obsesivos) Aprendizaje de respuesta a situaciones de tension Predisposiciones biologicas (geneticas neurofisiologicas y neurobioquimicas )
- Factores Contribuyentes Socioeconomicas Dinamica familiar Grado escolaridad Actividades laborales y de recreacion Pertenencia a un grupo etnico especifico Formas de violencia Jubilacion Comorbilidad organica y mental
- Factores Precipitantes Crisis propias de la edad Abandono Sentimientos de desesperanza Aislamiento Violencia Muertes de familiares y allegados Perdida economica Agudizacion de los sintomas de enfermedades cronicas o cronificacion de enfermedades Discapacidades y disfuncionalidad Dependencia

2 2 1 4 Aparicion y Evolucion

2 2 1 4 1 Sintomas

Basandonos en los criterios del DSM V (2013) tenemos el siguiente cuadro que define los sintomas y criterios de la depresion

Tabla 2 Sintomas y criterios de la depresion

Sintomas	Criterios diagnosticos DSM-V
Ánimo depresivo	Estado de animo depresivo la mayor parte del dia casi todos los dias
Anhedonia	Marcada disminucion del interes o placer en casi todas las actividades la mayor parte del dia casi todos los dias
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnia casi todos los dias
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los dias o perdida no intencionada de peso o aumento de peso (mas del 5% del peso corporal en un mes)
Perdida de energia	Fatiga o perdida de energia casi todos los dias
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitacion o enlentecimiento psicomotriz casi cada dia
Perdida de concentracion	Disminucion de la capacidad para pensar o concentrarse o indecision casi cada dia
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada dia
Ideacion suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Fuente (Ibidem)

## 2.2.2 Anciano (vejez)

Las diferencias individuales se vuelven mas pronunciadas en los últimos años y las frases uselo o pierdalo se convierten en un imperativo. A su vez, el funcionamiento físico y cognitivo tienen efectos psicosociales que a menudo determinan tanto el estado emocional de la persona mayor como si es capaz de vivir de manera independiente (Papalia 2005).

### 2.2.2.1 Definición

La vejez es el estado de una persona que por razón de su crecimiento en edad sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social, proceso involuntario que aparece al avanzar la edad de un organismo y que resulta del predominio de los procesos de degradación del ser humano.

La vejez es la inevitable consecuencia de la existencia del tiempo. Desde que nacemos vamos envejeciendo cada día un poco, pero al principio se madura, se crece, hasta que luego de transcurrido el ciclo vital comienza una etapa de declinación, desgaste físico y natural que marca huellas en el carácter y en el físico. A veces si se ha vivido de acuerdo a valores positivos, haciendo de este ser humano alguien cada día mas sabio, pero si se ha vivido una vida sin metas, será un anciano vacío.

### 2.2.2.2 Características

Las características de la vejez las podemos definir de la siguiente manera: físicas, psicológicas, social y cognitiva.

#### o Físicas

Estas pérdidas son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir, debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo.

Entre las pérdidas físicas están

La perdida o disminucion en la capacidad del funcionamiento general

La perdida o disminucion en la movilidad

La perdida o disminucion en el estado de salud

La perdida o disminucion en la capacidad sexual

Dichas perdidas o disminuciones en el estado fisiologico del anciano tienen como consecuencias generales

La dificultad siempre existe en aislar cambios normales del proceso de envejecimiento

La interrelacion que existe entre los aspectos físicos y psicologicos del envejecimiento

El envejecer afecta a todos los sistemas de la persona en diferentes puntos que estos varian

Las personas no envejecen con un patron definido envejecer es un proceso individual nadie envejece al mismo paso

o Sociales

Esto es perdida de trabajos eventos continuos y progresivos a traves del ciclo de la vida entre ellas estan

Perdida del trabajo por la jubilacion por ello hay

Perdida de status

Perdida de amigos

Perdida de ingreso economico

Perdida de roles (amigos compañeros rol laboral etc )

Perdida del o la conyuge por muerte

- Perdida de posesiones

Los problemas que llevan dichas pérdidas son soledad aislamiento depresión limitaciones de tipo económico lo cual genera frustración y sensación de malestar

- Psicológicas

Las pérdidas expresadas en el punto anterior producen efectos sumativos sobre las personas los cuales generan otras pérdidas de tipo psicológicas entre las que podemos mencionar

- Perdida o disminución de autoconcepto y autoestima

- Perdida o cambio en su independencia interdependencia y dependencia

- Perdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo

- Perdida en el manejo de sus decisiones o control sobre su vida

- Perdida o disminución en la capacidad mental

Por lo general el anciano está consciente de las pérdidas sociales psicológicas y cognitivas y en consecuencia sobreviven la depresión comportamiento autodestructivo las reacciones paranoides los cuadros hipocondríacos síndrome orgánico cerebral insomnio ansiedad etc

- Cognitivas

El anciano como ser humano es un ente biopsicosocial Partiendo de este planteamiento y considerando estilos de vida, hábitos y auto cuidado obtenemos evaluaciones de conductas irregulares o alteradas de un individuo observadas y reportadas por un familiar cercano o por sí mismo por ejemplo el inicio de la pérdida constante de objetos personales cotidianos como llaves monederos documentos en un primer acercamiento evaluatorio nos permitirá detectar un posible deterioro cognitivo como lo pudiese ser el inicio de una demencia Pero también existen otros

Procesos mentales que llevan al individuo a funcionar de manera diferente es decir posibles eventos tales como



La pérdida de un ser querido  
De un empleo  
De un bien material  
El cambio drástico de rutina (jubilación)  
La pérdida de enfermedades degenerativas

Entre otros y que pudieran generar depresión, ansiedad, angustia, culpa, miedo, incertidumbre, etc. Entonces surgen mecanismos que bloquean el funcionamiento para el desempeño o ejecución de actividades que alteran las relaciones personales y del entorno, dando cabida al deterioro físico, mental, emocional, incluso orgánico de una persona.

Expuesto lo anterior, se considera que no existe una edad cronológica específica en donde se llegara a presentar esta problemática.

## 2.3 Terapia Cognitivo Conductual

### 2.3.1 Concepto

Según Solano, Gallagher y Thompson (2001), la terapia cognitivo conductual (TCC) es una aproximación orientada hacia metas, limitada en el tiempo y estructurada, cuya eficacia para el tratamiento de la depresión en la edad adulta ha sido diferenciada.

La TCC integra la teoría de Beck, que destaca el papel de las cogniciones en el origen y mantenimiento de la depresión, y la teoría de Lewinsohn, que enfatiza el papel de la disminución del reforzamiento positivo contingente en el desarrollo y mantenimiento de los estados de ánimo depresivos. De acuerdo con Beck, la depresión puede ser el resultado del mantenimiento sostenido de pensamientos, actitudes y creencias negativas sobre uno mismo, el entorno y el futuro. Este modelo afirma que el desafío sistemático de las cogniciones negativas propiciara que la percepción de la persona sea menos negativa y, por lo tanto, que los síntomas depresivos disminuyan. A su vez, Lewinsohn afirma que

la depresion surge cuando el contexto en el que vive una persona conlleva una tasa baja de refuerzos positivos contingentes con sus respuestas. De este modo, la depresion surge y se mantiene cuando existe un nivel minimo de reforzamiento positivo en la vida de una persona. Aumentando el nivel de participacion de la persona en actividades agradables, la depresion dejara de ser reforzada y los sintomas disminuiran.

### 2.3.2 La terapia cognitivo conductual en personas mayores

Hay diferentes razones para utilizar la terapia cognitivo conductual en personas adultas, ya que se puede decir que es muy eficaz, puesto que la misma destaca la relacion entre el especialista y el paciente como un objetivo importante para el exito de la misma, ya que es un trabajo en equipo con la poblacion y como se ha encontrado en otros estudios, la misma es aplicable especialmente con la caracteristica de depresion.

Segun Correa P. Andres F. (2016) La terapia de grupo como una modalidad de tratamiento para los adultos mayores fue descrita por primera vez en 1950 con grupos que se enfocaban en la motivacion, la educacion y dar apoyo. Desde entonces se han desarrollado numerosos tipos de grupos basados en necesidades especificas para los adultos mayores con dificultades psiquiatricas. El trastorno donde mas se ha comprobado su eficacia es en depresion, donde los expertos describen que la mayoria de los pacientes pueden alcanzar sus objetivos terapeuticos.

En general, la terapia de grupo ofrece interacciones entre pares que pueden mejorar el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Provee apoyo y retroalimentacion de personas que estan lidiando con sintomas similares especificos de la edad, como perdidas en las relaciones sociales, duelo, soledad, adaptacion a enfermedades fisicas o mentales, aumento de la dependencia y afrontamiento de la idea de la muerte de manera mas proxima. El grupo ayuda con la aceptacion y la normalizacion dando apoyo y sentido de pertenencia. Tambien ofrece la oportunidad de ser altruista y sentirse util, y de manera colaborativa encontrar alternativas a las estrategias de afrontamiento que no estan funcionando. A pesar de las

evidentes ventajas una de las cuestiones a considerar por el clinico sigue siendo saber cuando y que puede ofrecer al paciente la sustitucion o adiccion a la psicoterapia individual y que modalidad de grupo o que corriente es la mas adecuada para cada tipo de situacion Por lo tanto se hace necesario conocer al menos de manera breve que existen varios enfoques de terapia grupal desde algunos poco estructurados hasta terapias estandarizadas y manualizadas Sin embargo en la practica la decision de a donde derivar se toma mas con criterios de accesibilidad preferencias y experiencias del terapeuta y del paciente Podriamos decir que en general los grupos pueden existir tanto en el ambito hospitalario como ambulatorio ligados por ejemplo a hospitales o unidades de dia e incluso en dispositivos sociosanitarios como centros de dia o residencias En ambientes mas estructurados como los hospitales

Por otro lado la TCC con la modalidad grupal es muy eficaz para los pacientes ya que la misma integra una variedad de materiales escrito y se enseña a los pacientes a registrar por escrito su progreso terapeutico Ademàs este tipo de tratamiento se ajusta de manera efectiva a este tipo de pacientes con depresion ya que a menudo se encuentran en presencia de una negacion en admitir que tienen un malestar psicologico

Las sesiones de grupo son utiles porque

- ✓ Proporcionan tiempo para compartir sentimientos intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo
- ✓ Proveen apoyo de parte de otras personas en el grupo
- ✓ Ayudan a los miembros a darse cuenta de que no son los unicos que sufren de problemas o pasan por tiempos dificiles en sus vidas
- ✓ Esperamos que el efecto mas importante que tenga el grupo sea que el paciente
- ✓ Logre un mejor entendimiento de los factores que afectan su depresion
- ✓ Aprenda destrezas para que pueda hacer cambios en estos factores y mejoren su estado de animo
- ✓ Maneje problemas dificiles en su vida en una forma mas saludable

- ✓ Evite sufrimientos innecesarios

La terapia grupal es una opción efectiva para personas mayores de 65 años con trastornos de ansiedad o depresión. Es efectiva en términos de costes y validada por la experiencia clínica y la evidencia científica, además de bien valorada por los pacientes y terapeutas. Se pueden usar diferentes enfoques psicoterapéuticos adaptados a las necesidades particulares de este grupo y se deben desarrollar más programas de intervención e investigación para consolidar esta área.

### 2.3.3 Técnicas

#### 2.3.3.1 Restructuración Cognitiva

La restructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis; el terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados y García, 2010).

#### 2.3.3.2 Entrenamiento de Relajación

El entrenamiento de relajación consiste en el esfuerzo activo consciente para disminuir la tensión muscular y tiene como objetivo reducir la tensión muscular conscientemente para llegar, de esta manera, a reducir la tensión mental tanto para situaciones de normalidad como para situaciones de estrés (Palomino, 2013).

El entrenamiento de relajacion sirve en muchas ocasiones a las personas que en general estan tensas y ansiosas En un enfoque el hincapie se hace en aprender a contrastar la tension muscular con la relajacion muscular En otro se emplea procedimientos de meditacion Las terapias de relajacion parecen ser utiles para diversos trastornos psicologicos particularmente dolores de cabeza tensionales y migrañas

La relajacion muscular involucra la tension y despues relajacion de los distintos grupos de musculos Se lienta al individuo para que observe las diferencias entre sentirse tenso y sentirse relajado

En el entrenamiento de relajacion abarca la meditacion el individuo aprende a concentrarse en un pensamiento sensacion palabra objeto o estado mental Algunas tecnicas son muy activas y requieren que la persona realice un gran esfuerzo para concentrarse en algo especifico (Sarason y Sarason 2006)

### 2 3 3 3 Estrategias de afrontamiento

Su objetivo es precisamente analizar como se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados enfermedades cronicas estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la perdida del puesto de trabajo o un diagnostico de infertilidad De modo general el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones dificiles» Consiste por lo tanto en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo minimizando tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales En resumen el afrontamiento quedaria definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas especificas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (2013 Vasquez y Crespo)

#### 2.3.3.4 Estrategias de Exposición

Es el tratamiento conductual más eficaz para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos: es la exposición en vivo de los estímulos fóbicos sin la conducta de escape hasta que la ansiedad remita. La clave del tratamiento: impedir que la evitación o escape se convierta en una señal de seguridad, más que impedir el escape por sí mismo. Los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la práctica de la exposición están relacionados con la habituación desde una perspectiva psicofisiológica. El cambio de expectativas desde una perspectiva cognitiva. Los tratamientos de exposición requieren como condiciones previas el establecimiento de una alianza terapéutica sólida. La toma de conciencia por parte del paciente de su responsabilidad en el resultado final del tratamiento y en algunos casos la implicación de la pareja del paciente en las tareas terapéuticas (2013 Vasquez y Crespo)

### **CAPITULO III**

#### **MARCO METODOLOGICO**

### CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

#### 3.1 Diseño y Tipo de la Investigación

La presente investigación es de tipo Pre experimental – Diseño pre test y pos test este tipo de diseños pre experimentales son aquellos en el que el investigador solo trabaja con grupos experimentales (no existe grupo control) En esta modalidad se registra el estado de la variable dependiente (pre test ) luego se introduce la variable independiente (o tratamiento) y después de la intervención se vuelve a registrar el estado de la variable dependiente (post test ) El investigador compara los valores de la variable dependiente antes y después de actuar la variable independiente (Nocedo de Leon et Al 2001)

En este caso se aplicará el instrumento (GDS) antes y después de la implementación del Tratamiento (TCC) con el fin de evaluar su influencia en los niveles de depresión. En cuanto al enfoque es de tipo mixto ya que se analizarán datos cuantitativos obtenidos a partir de la aplicación del tratamiento con el objetivo de medir y analizar estadísticamente la interrelación de las variables presentes en el estudio así mismo se analizarán datos cualitativos teniendo en cuenta la historia clínica y criterios del DSM IV con el fin de determinar los principales aspectos en la depresión.

Esquema





### 3.2 Hipotesis

Las hipótesis nos presentan de manera previa una respuesta tentativa al fenómeno en estudio

- **Hipotesis de trabajo**

**H<sub>1</sub>** La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) reduce la depresión de manera significativa en pacientes geriátricos del asilo de ancianos del distrito de Santiago

**H<sub>0</sub>** No hay diferencia significativa en el nivel de depresión en pacientes geriátricos del asilo de ancianos del distrito de Santiago antes y después de que se les aplica la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

### 3.3 Definición de las variables

#### **Variables**

- Independiente: Terapia Cognitivo Conductual
- Dependiente: Niveles de Depresión

#### **Terapia Cognitivo Conductual**

- ✓ Definición conceptual

Hernández y Sánchez (2007) la definen como un método colaborativo partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambian su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección

Por otro lado, según A. Beck, el objetivo es enseñar a la persona a pensar de otro modo ante los problemas y síntomas que padece, lo que ayudaría a reducir las emociones negativas y a reaccionar ante los problemas de un modo que le lleve a su solución, no al abatimiento.

Todo esto se integra dentro de un programa de tratamiento más amplio con técnicas conductuales y módulos como (según el problema y el caso) mejora de la autoestima.

entrenamiento en asertividad y habilidades sociales técnicas de control de ansiedad técnicas de resolución de problemas entre otros Este tipo de terapia se llama en su conjunto Terapia Cognitivo Conductual (<http://www.cpaaronbeck.com/psicologos/granada/libros/aaronbeck.html>)

✓ Definición operacional

La terapia cognitivo conductual se empleará según el Manual de terapia de grupo para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de Depresión elaborado por Ricardo F. Muñoz Sergio Aguilar Gaxiola y John Guzman de la Universidad de California San Francisco (1995) ajustado y adaptado a la muestra en estudio por la investigadora para un periodo de doce sesiones una hora por cada sesión cuatro días a la semana aproximadamente la misma se enfocará en cómo controlar la depresión en forma práctica de tal manera que el control pueda ser utilizado en el presente y en el futuro

## **Depresión**

✓ Definición conceptual

La Organización Mundial de la Salud define depresión como Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza pérdida de interés o placer sentimientos de culpa o falta de autoestima trastornos del sueño o del apetito sensación de cansancio y falta de concentración

La depresión puede variar según sus niveles hasta hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria En su forma más grave puede conducir al suicidio Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos o grave se necesita medicamentos y psicoterapia profesional

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria

#### ✓ Definición operacional

La depresión se medirá mediante el test Escala de depresión Geriátrica (GDS) creada por Brik y Yesavage (1982) fue especialmente concebida para evaluar el nivel afectivo en los ancianos ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos de menor valor en el paciente geriátrico. Este test se aplicará antes y después del tratamiento el cual consta de 30 ítems los cuales evaluarán posible presencia de depresión en ancianos son preguntas cerradas que se contestan con un sí o un no. Los niveles de depresión que esta escala presenta son Normal que va de 0 a 10 puntuaciones, el Leve que va de 11 a 20 puntuaciones y Grave en donde las puntuaciones son mayores de 20 puntos.

#### 3.4 Definición de la Población y Muestra

Para esta investigación se cuenta con una población de 51 ancianos entre ellos 36 varones y 15 mujeres por lo que la muestra seleccionada fue de 7 ancianos (varones) con un rango de edad entre los 70 y 85 años los cuales pertenecen al Hogar de ancianos San Juan de Dios del distrito de Santiago Veraguas.

Cabe destacar que la muestra fue seleccionada según la escala de depresión geriátrica anteriormente mencionada por tanto no se realizó una selección al azar sino intencionada en la que se estudian situaciones particulares en este caso depresión profundizando su información sin tener en cuenta el número de personas con las que se realiza la investigación (Sampieri 1991).

#### 3.5 Instrumentos y Técnicas de Medición

Los instrumentos y técnicas a emplear en esta propuesta de investigación serán los siguientes:

La entrevista clínica en la cual se conocerán aspectos muy relevantes de los ancianos como su historial clínico, ámbito familiar, relaciones interpersonales, etc. con el propósito de guiarnos para un mejor diagnóstico y evaluación.

La escala de depresion geriatica (GDS) en la cual se detectaran la depresion en la poblacion anciana la misma es un cuestionario con respuesta dicotomicas Si/ No cuyo contenido se centra en aspectos cognitivos conductuales relacionados con las características especiales de la depresion en ancianos (ver anexos)

Test de inteligencia no verbal (TONY 2) se podra evaluar el Coeficiente Intelectual (C I ) y las habilidades cognitivas sin influencias del lenguaje tambien se aprecia la capacidad para resolver problemas eliminando en la mayor medida posible la influencia de lenguaje y en las habilidades motrices (ver anexos)

### 3.5.1 Descripción del instrumento

A la muestra seleccionada se le intervino mediante la Terapia Cognitivo Conductual la cual se trabajo en dieciséis sesiones dos sesion por semana de una hora cada una aproximadamente la misma se adecuo a la muestra en cuestion

Estas sesiones se trabajaron con tres modulos como se detalla a continuacion

Primer modulo se trabajo en cuatro sesiones con el tema *De que manera nuestro pensamiento afecta nuestro estado de animo* tiene como objetivo reconocer la influencia de los pensamientos en el estado de animo Se trataran temas como los tipos de pensamientos que puede experimentar una persona como se pueden modificar los mismos y se brindaron tecnicas para aumentar los pensamientos positivos Se trabajo igualmente el aprender que son los pensamientos como piensa una persona deprimida como piensan los que no estan deprimidos la identificacion de los diferentes tipos de pensamientos aprender a reconocer esos pensamientos el aumento de pensamientos que produce un mejor estado de animo el disminuir los pensamientos que nos hacen sentir mal hablandole de sus pensamientos (el metodo A B C D) brindarle ejemplos de algunos pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos

Segundo modulo se trabajo en cuatro sesiones con el tema *De que forma nuestras actividades afectan nuestro estado de animo* El cual tiene como objetivo identificar las alternativas actividades y metas que permitan tener mayor control sobre la propia vida de tal forma que la persona logre superar su estado de animo depresivo por consiguiente se hicieron actividades como las relaciones entre los participantes en actividades placenteras y la sintomatologia (depresion) presentada y como la misma afecta en estas actividades manejo del tiempo por tanto estas sesiones tienen como proposito describir la forma en que se llevaron a cabo las sesiones de tratamiento presentarnos unos a otro dentro del grupo aprender lo que es la depresion aprender una forma util de pensar acerca de la depresion aprender como las actividades diarias que hacemos influyen en como nos sentimos

Tambien se contemplaran aquellas actividades que nos ayudaran a brindarles mas informacion del significado e importancia de practicarlas y los resultados a los que conllevan Posteriormente ellos haran un contrato que llevara el titulo *Cuanto cree usted que disfrutara de sus actividades agradables* Igualmente se trabaja el aprender como manejar la realidad cuando estamos deprimidos

Tercer modulo se trabajo en cuatro sesiones las cuales trataron el tema *De que forma nuestro contacto con la gente afecta nuestro estado de animo* el cual tiene como objetivo reconocer como las relaciones interpersonales afectan nuestra conducta y pensamientos con temas como el apoyo social como se identifica se mantiene y se fortalece por tanto se trabajaran las formas en que se llevaran a cabo las sesiones de terapia presentacion de cada miembro del grupo aprender lo que es la depresion aprender una forma util de pensar acerca de la depresion y aprender como los pensamientos influyen en como nos sentimos

Tambien se trataron temas como el apoyo social el ser menos sociables causa que las personas se depriman

Al finalizar cada sesion se va de la teoria a la practica se trabaja con el termometro del animo (Ver anexos)

### 3 5 1 1 Terapia de grupo para el tratamiento Cognitivo Conductual de Depresion

Este programa fue creado por Ph D Ricardo F Muñoz Ph D Sergio Aguilar – Gaxiola MD Ph D John Guzman en 1995

El tratamiento para la depresion consiste en 16 sesiones enfocandose en lo que ocurre en la vida diaria y en como controlar la depresion en forma practica de tal forma que el control pueda ser utilizado en el presente y en el futuro

Las 16 sesiones se dividen en tres modulos (4 sesiones por cada modulo) mas 4 sesiones individuales

Las sesiones grupales son importante porque ellas proporcionan tiempo para compartir sentimientos intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo proveen apoyo de otras personas en el grupo y permiten el darse cuenta de que no estas solos en tener problemas y pasar por tiempos dificiles en nuestras vidas

Con esta terapia grupal se espera que el efecto mas importante que tenga el grupo sea el de entender y controlar lo que afecta nuestro estado de animo y evitar sufrimientos innecesarios en nuestras vidas

Contenido de las sesiones de la Terapia de grupo para el tratamiento Cognitivo Conductual de Depresion

Modulo 1 Como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de animo (4 sesiones)

- o Etapa inicial *incluye la primera y segunda sesion donde se presenta las reglas para las sesiones de grupo y las Sugerencias para los miembros del grupo*

1<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS) (grupal)

- Bienvenida
- Presentación de cada miembro del grupo
- Plantear el propósito del tratamiento de grupo
- Las sugerencias y reglas del grupo
- Describir las formas en que se llevara a cabo las sesiones del tratamiento
- Como entendemos la depresión
- Aprender que es la depresión y cuales son los síntomas
- Aprender cual es la relación que tiene nuestros pensamientos y el estado de ánimo
- Aprender de una forma útil de pensar acerca de la depresión
- Explicación que es el termómetro del ánimo y cuando lo van a utilizar

2<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS) (grupal)

- Se repasan los puntos que se hicieron en la sesión anterior
- Explicar sobre la teoría social del aprendizaje auto control y termómetro del ánimo
- Explicación de que son los pensamientos
- Como piensan los que están deprimidos como piensan los que no están deprimidos
- Identificar diferentes tipos de pensamientos

Nota esta sesión se trabajó mediante imágenes y audios para un mejor aprendizaje

- Durante la tercera y cuarta sesión se pretende trabajar de forma individual con cada paciente

Objetivo Enfocado a técnicas cognitivas para ayudar al paciente a ser más autónomo e incrementar su autocontrol trabajando procesos cognitivos y entrenamiento en habilidades sociales

3<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Se repasan los puntos que se hicieron en la sesión anterior
- Exponerles sobre los pensamientos acciones y sentimientos que afectan uno al otro
- Tipo de pensamientos que la gente deprimida tiene
- Cuales son los pensamientos que producen un mejor estado de ánimo
- Que debemos hacer para Disminuir los pensamientos que nos hacen sentir mal
- Hablandole a sus pensamientos (Metodo A B C D)
- Tareas (termometro del animo llenar la lista de pensamientos positivos y negativos cada dia usar el metodo A B C D )

4<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Se repasan los puntos que se realizaron en la sesión anterior
- Enseñar el registro de tareas y hacer referencia a la necesidad de completarlo
- Se les explica que son técnicas cognitivas y ejemplo de cada una (Reestructuración Cognitiva Estrategias de afrontamiento)
- Se le pregunta a cada uno en su sesión cuales fueron esos pensamientos que tuvo y si cambio algunos con el metodo A B C D
- Presentarle una lista de los pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos
- Mas practica con el metodo A B C D
- Tareas (termometro del animo llenar la lista de pensamientos positivos y negativos cada dia usar el metodo A B C D )

Modulo 2 Como nuestras actividades afectan nuestro estado de animo (4 sesiones)

- Durante la quinta hasta la octava sesión se pretende trabajar de forma grupal para reforzar cada técnica a trabajar



5<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesión anterior
- Revisión de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introducción del tema
- Explicación que es un círculo vicioso y que puedo hacer para romperlo (lluvia de ideas)
- Que son actividades agradables
- Implementación de técnica de relajación y método A B C D
- Indicaciones de las actividades de la próxima sesión

6<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesión anterior
- Revisión de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introducción del tema
- ¿Que son actividades agradables?
- ¿Como las actividades ayudan a mejorar su estado de ánimo?
- Técnica de afrontamiento
- Indicaciones de las actividades de la próxima sesión

7<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesión anterior
- Revisión de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introducción del tema
- Repregunta cual es el propósito del tratamiento de grupo
- Que habilidades tengo en que soy bueno
- Creando su propio plan para superar la depresión
- Metas claras – Metas no claras

- Como hacer del lugar que estamos un lugar agradable para nosotros
- Indicaciones de las actividades de la proxima sesion

#### 8<sup>a</sup> Sesion (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesion anterior
- Revision de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introduccion del tema
- La depresion y el manejo saludable de la realidad
- El mundo objetivo y el mundo subjetivo
- Formas de sentirte mas en control (alternativas la vida esta hecha de pequeños trozos de tiempo)
- Termometro del animo
- Lista de actividades y pensamientos

#### Modulo 3 Como el contacto con la gente afecta nuestro estado de animo (4 sesiones)

- Durante la novena y decima sesion se pretende trabajar de forma grupal para reforzar cada tema y en la onceava y doceava sesion se trabajara con los cuidadores de los pacientes

#### 9<sup>a</sup> Sesion (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesion anterior
- Revision de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introduccion del tema
- Es la depresion la que causa que las personas sean menos sociables
- El ser menos sociables causa que las personas se depriman
- Importancia del apoyo social red de apoyo social

- Conociendo a otras personas (taller sitios y actividades donde pueden conocer a otras personas)
- Manteniendo buenas relaciones (ser asertivo)
- Termometro del animo
- Lista de actividades y pensamientos

#### 10<sup>a</sup> Sesion (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesion anterior
- Revision de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Introduccion del tema
- Explicacion de las tres areas que se deben trabajar para aprender a sentirse mejor (estar solo estar con otros y sentirse bien con lo que usted hace en la vida)
- Se trabaja cada area conociendo los pensamientos expectativas acciones y sentimientos de cada uno de los miembros del grupo
- Taller Digale cosas que necesita decirle al compañero
- Termometro del animo
- Lista de actividades y pensamientos

#### 11<sup>a</sup> Sesion (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesion anterior
- Revision de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Conversatorio sobre los talleres realizados de manera grupal (opinion de cada paciente)
- Introduccion del tema
- Conversatorio de manera individual con el paciente sobre el desarrollo de las sesiones
- Cierre de la sesion

#### 12<sup>a</sup> Sesión (60 MINUTOS)

- Repasar las actividades de la sesión anterior
- Revisión de las tareas e indicarle la importancia de hacerlas
- Conversatorio de manera individual con el paciente sobre el desarrollo de las sesiones
- Cierre de la sesión

#### Sesiones complementaria

Se realizó durante la 13 14 15 16 sesiones en donde se volvió a reunir a la muestra para iniciar las sesiones complementarias las cuales se llevaron a cabo mediante talleres interactivos circuitos de relajación y se trabajaron los pensamientos irracionales que habían vuelto a aparecer mediante historias y conversatorios

Luego de haber desarrollado los talleres durante esas sesiones complementarias se les aplicó nuevamente el Test de Depresión Geriátrica (GDS) y el Toní 2

Se realizó para culminar las sesiones un pequeño ágape

#### 3.6 Procedimiento Estadístico

Se trabajó los datos recopilados en la escala de depresión geriátrica (GDS) por medio del estadístico **t de student**, ya que es una prueba estadística para evaluar si dos grupos pequeños difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas en una variable (Sampieri 2010)

Estadísticamente las hipótesis se comprobarán utilizando la **t de student** para un solo grupo con un  $\alpha$  de 0.05

Se utilizará para cuantificar los resultados que se obtendrán del instrumento utilizado en la recolección de datos

### 3.6.1 Prueba *t* Para Muestra Unica

En nuestra investigacion se manejo la prueba *t* de Student prueba *t* Student o Test *T* que se utiliza para cualquier prueba en la que el estadistico utilizado tiene una distribucion *t* de Student y comprobar si la hipotesis nula es cierta. Se aplica cuando la poblacion estudiada sigue una distribucion normal pero el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el estadistico en el que esta basada la inferencia este normalmente distribuido utilizandose una estimacion de la desviacion tipica en lugar del valor real. Es utilizado en analisis discriminante.

$$T = \frac{Z}{s}$$

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}},$$

Donde  $\bar{x}$  es la media muestral,  $s$  es la desviacion estandar muestral y  $n$  es el tamaño de la muestra. Los grados de libertad utilizados en esta prueba se corresponden al valor  $n - 1$ .

De igual manera se utiliza la desviacion estandar o desviacion tipica que es la raiz cuadrada de la varianza.

Es decir, la raiz cuadrada de la media de los cuadrados de las puntuaciones de desviacion.

La desviacion estandar se representa por  $\sigma$

$$\sigma = \sqrt{\frac{(x_1 - \bar{x})^2 + (x_2 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2}{N}} \quad \sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$

Se busca con esta prueba comprobar que hay diferencias en nuestras sesiones de terapia comprobandola con la t calculada y la curva de dos colas

### 3.6.2 Aspectos Eticos

Para avalar los aspectos eticos de la investigacion se toman los siguientes aspectos

Se solicito permiso a la directora encargada del hogar de ancianos antes mencionado para que lo comuniquen a los demas administrativos y colaboradores

De igual manera el permiso a los participantes con el consentimiento informado haciendole ver la importancia de la fidelidad de la informacion suministrada

Solicitar la colaboracion de los administrativos y colaboradores para dar a conocer la investigacion y sobre todo haciendole ver la importancia de la confidencialidad de la informacion

### 3.7 Procedimiento de la Investigacion

Para la ejecucion de esta investigacion se siguieron los sucesivos pasos

Selección del tema de investigación en su viabilidad e importancia del mismo

Elección del asesor de la investigación

Recabo de información bibliografías por diferentes medios

Elaboración del proyecto de investigación problema justificación objetivos

elaboración de hipótesis con su procedimiento metodológico

Elección de los instrumentos por aplicar a la muestra establecida

Entrega del proyecto a la comisión de tesis de la facultad de Psicología para su revisión

Aplicación de instrumentos a la muestra en investigación

- Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual
- Análisis de los datos con procedimientos mixtos cuantitativos y cualitativos
- Conclusiones y recomendaciones

Elaboracion del informe final

Entrega de la investigacion al coordinador de la Maestria para su distribucion al jurado

Sustentacion final de acuerdo a los criterios establecidos por la Universidad de Panama y ante la comision de tesis de investigacion y Postgrado

### 3.8 Analisis Estadisticos de los Datos

Los datos de la investigacion fueron procesados con estadistica descriptiva metodos cuantitativos representados a traves de porcentajes tablas y graficas Para la comprobacion de hipotesis se utiliza la prueba t de Students que es la que mas se ajusta a la muestra en investigacion

### 3.9 Criterio de Inclusion y Exclusion

- El limite de edad para la seleccion para el estudio es de 85 años en vista de consideraciones eticas
- Todos los pacientes necesitan dar consentimiento informado antes de su inclusion en el estudio
- Solo pacientes que presentan un diagnostico de Depresion leve pueden brindarseles el tratamiento
- Todos los pacientes seleccionados deben tener un C I (Coeficiente intelectual) dentro del rango normal
- No presentar deficiencia auditiva ni visual

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACION DE RESULTADOS**



## CAPITULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS

### 4.1 Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel el cual permitió hacer las gráficas, figuras y tablas que demostraron datos de la muestra utilizada, la población y otros. También se muestra los datos obtenidos mediante la entrevista clínica y el coeficiente intelectual de cada persona en estudio.

En cuanto a los resultados cuantitativos se utilizó como prueba estadística la **t de student** para un solo grupo con un  $\alpha$  de 0.05, la cual se haya a partir del cálculo del promedio de cada población, los datos de la desviación estándar y obteniendo la probabilidad del valor t en la tabla.

A continuación se presentan el análisis de los datos de acuerdo a los resultados culminando con análisis integral.

4 1 1 Resultados Cuantitativos

Tabla 3 Distribucion de la poblacion segun su edad

Participante	Edad
1	72 años
2	74 años
3	77 años
4	80 años
5	80 años
6	81 años
7	83 años

Fuente estadística proporcionada por el hogar de Ancianos San Juan de Dios de Santiago Veraguas (2016)

*Nota* La tabla evidencia la edad de los 7 participantes de la investigacion (ver grafica 1)

Grafica 1 Distribucion en porcentaje de los rangos de edad de la poblacion

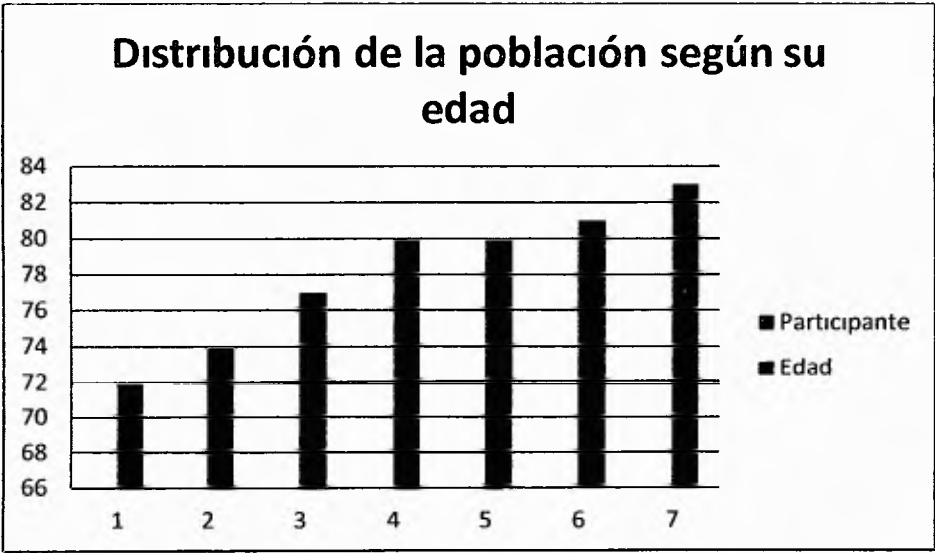


Tabla 4 Resultados por la Escala de Depresion Geriatrica (GDS) aplicada a los ancianos antes del tratamiento

Sujeto	Niveles de depresion		
	Normal (0 10)	Leve (11 20)	Grave (>20)
1		19	
2		14	
3		13	
4		19	
5		19	
6		15	
7		17	

Fuente Proporcionado por la investigadora.

*Nota* Estos resultados demuestran que el 100% de los ancianos en la escala de Depresion Geriatrica presentan puntuaciones que se encuentran en el índice señalado evidenciando la presencia del trastorno

Grafica2 Niveles de Depresion en la Poblacion



**Nota** Los resultados demuestran que el 100% de la poblacion (7 ancianos) evaluada presentan Depresion Leve (Ver grafica 2)

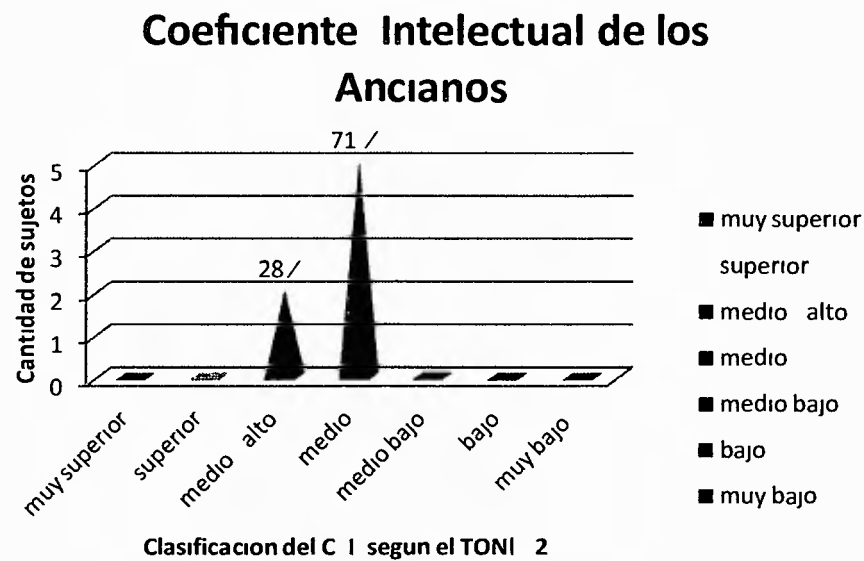
Tabla 5 Resultados del TONI 2 (Test of NoverbalIntelligence) aplicado a los ancianos antes del tratamiento

Sujeto	Clasificacion del C I (Coeficiente intelectual)						
	Muy Superior >130	Superior 121- 130	Medio – Alto 111 120	Medio 90 110	Medio bajo 80 89	Bajo 70 - 79	Muy bajo < 70
1				92			
2			111				
3				95			
4				101			
5			112				
6				93			
7				91			

Fuente Proporcionado por la investigadora mediante la aplicacion del Toni 2

**Nota** Estos resultados demuestran que la poblacion evaluada mediante el TONI 2 (Test of Noverbal Intelligence) aplicado a los ancianos antes del tratamiento demuestra evidencia que 2 ancianos evaluados presentan un C I Medio – alto y el resto de la muestra (5 ancianos) evaluados presentan C I Medio

Grafica3 Coeficiente Intelectual de los Ancianos



**Nota** Los resultados demuestran que el 28% de la población (2 ancianos) evaluados presentan un C I Medio – alto y el 71 % de la población (5 ancianos) evaluados presentan C I Medio (Ver grafica 3)

A continuacion se presentan los datos obtenidos a traves del programa de Tratamiento Cognitivo Conductual para ancianos con Depresion donde se utilizo la prueba t para muestras pequeñas

Tabla 6 Dimension de cada sesion tratamiento cognitivo conductual

PUNTAJES QUE EVIDENCIAN LA PRESENCIA DE DEPRESION

Normal 0 – 10 puntos

Depresion Leve 11 – 20 puntos

Depresion grave >20 puntos

Sujeto	Pretest — X1	Posttest — X2	DIFERENCIA	— X1	— X2
1	19	12	7	361	144
2	14	13	1	196	169
3	13	10	3	169	100
4	19	14	5	361	196
5	15	12	3	225	144
6	19	15	4	361	225
7	17	16	1	289	256
	$\Sigma=116$	$\Sigma=92$		$\Sigma^2=1962$	$\Sigma^2=1234$

Fuente: Proporcionado por la investigadora.

**Hipotesis de trabajo** El programa de terapia cognitivo conductual permite modificar los niveles de Depresion en los adultos mayores del asilo de ancianos San Juan de Dios del distrito de Santiago Veraguas

$$H_0: \mu_1 \leq \mu_2$$

$$H_a: \mu_1 > \mu_2 \quad H_a: \mu_2 \neq \mu_1$$

$T_c \leq 1.943$  no se rechaza  $H_0$

$t_c > 1.943$  se rechaza la  $H_0$

$$t_{tt} = t_{\infty} n_1 + n_2 - 2$$

$$t_{tt} = t_{0.05} 7 + 7 - 2$$

$$t_{tt} = 0.05 \quad 12$$

$$t_{tt} = 1.943$$

$$b) \bar{X}_1 = \Sigma X_1 / n = 116 / 7 = 16.571$$

$$\bar{X}_2 = \Sigma X_2 / n = 95 / 7 = 13.571$$

$$c) S^2_1 = \frac{\Sigma X_1^2 - (\Sigma X_1)^2 / n}{n - 1} = \frac{1962 - (116)^2 / 7}{6} = \frac{1962 - 1922}{6} = 6.66$$

$$n - 1 = 6$$

$$S^2_2 = \frac{\Sigma X_2^2 - (\Sigma X_2)^2 / n}{n - 1} = \frac{1234 - (92)^2 / 7}{6} = \frac{1234 - 846.4}{6} = 4.16$$

$$n - 1 = 6$$

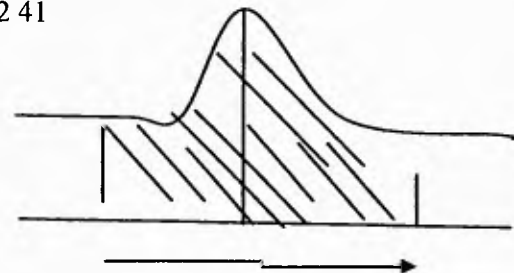
$$d) S^2 = \frac{S^2_1 (n_1 - 1) + S^2_2 (n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2} = \frac{6.66 (7 - 1) + 4.16 (7 - 1)}{7 + 7 - 2} = \frac{64.92}{12} = 5.41$$

$$n_1 + n_2 - 2 = 7 + 7 - 2 = 12$$

$$e) t_c = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S^2}{n_1} + \frac{S^2}{n_2}}} = \frac{16.571 - 13.571}{\sqrt{\frac{5.41}{7} + \frac{4.83}{7}}} = \frac{3.00}{1.24} = 2.41$$

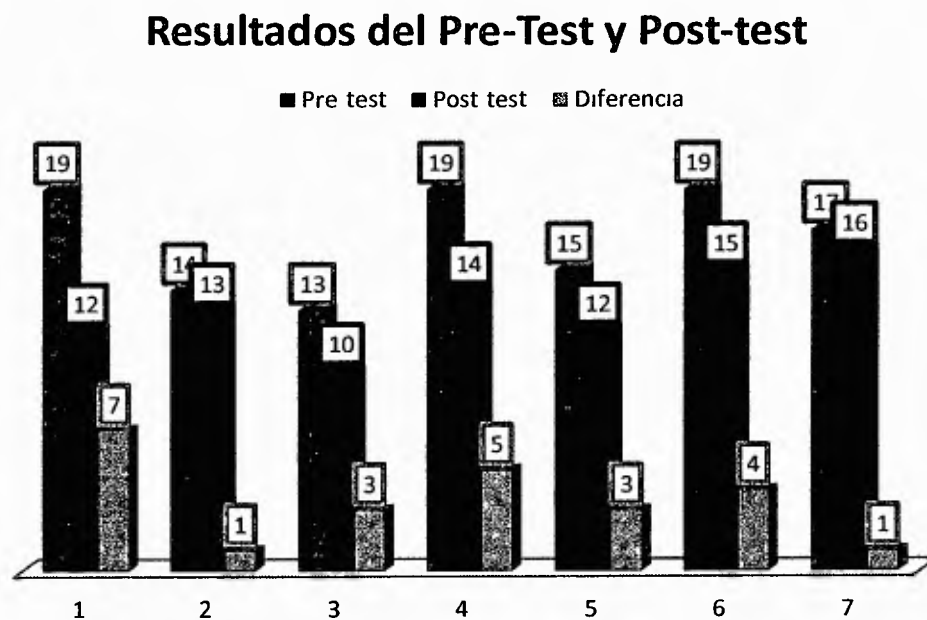
$$\sqrt{\frac{S^2}{n_1} + \frac{S^2}{n_2}} = \sqrt{\frac{5.41}{7} + \frac{4.83}{7}} = 1.24$$

$$t_{tt} = 1.943 \quad t_c = 2.41$$



**Conclusion** Como  $t$  calculada no cayo en la region de rechazo se rechaza la  $H_1$  y se acepta como verdadera la  $H_0$  con nivel de significancia de 0.05. La informacion ha demostrado suficiente evidencia estadistica para afirmar que no hay una diferencia significativa en el nivel de depresion de los adultos mayores del hogar San Juan de Dios de Santiago de Veraguas despues de ser aplicada la Terapia Cognitiva Conductual.

Grafica 4 Resultados del Formato de seguimiento de cada sesion tratamiento cognitivo conductual



**Nota** Esta figura demuestra los resultados unificados de las pruebas pretest y posttest de todos los ancianos con Depresion. Sus datos señalan que no hubo cambios significativos en las conductas de estos ancianos despues de haber aplicado el programa de terapia cognitivo conductual. Siendo evidente la puntuacion (Ver grafica 4).



#### 4.1.2 Resultados Cualitativos

Para efectos de esta investigación se utilizó como instrumento la historia clínica con el fin de obtener información sobre aspectos trascendentales de los ancianos en relación con la presencia de Depresión la cual fue aplicada a cada uno de los ancianos en estudio encontrándose los siguientes datos

a) procedentes de familias nucleares y monoparentales con buenas relaciones en los microsistemas en su infancia sin conflictos en la niñez en cuanto al ámbito académico 3 fueron a primaria 3 cursaron estudios secundario y 1 obtuvo título universitario

b) la mayoría oscila entre 2 a 3 años de que ingresaron al asilo y los demás entre 4 y 5 años destacando que al inicio del ingreso al asilo no mostraron ningún síntoma de tal padecimiento pero que en las últimas semanas a la fecha de la evaluación no se sentían igual las primeras manifestaciones de los síntomas los 7 entrevistados que conforman la muestra mencionan que estos se presentaron por un evento desencadenante como la disminución de las visitas de sus familiares y el sentirse solos

c) en cuanto a la composición familiar 1 tiene 3 hijos y esposa el resto de los casos manifestaron que no tenían hijos y que vivían con otros familiares (sobrinos hermanos etc )

d) a nivel socioafectivo no mantienen vínculos sociales con los compañeros del asilo presentando dificultad para relacionarse se la pasan solos y aislados en su espacio

Estos datos son de gran importancia para la investigación ya que se puede ver que las causas de la depresión son diversas y no hay una específica lo cual coincide con Sarason y Sarason (2006) plantea la influencia de factores de riesgo ambientales la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia

De igual manera se obtuvieron resultados a partir de los criterios del DSM V las cuales fueron una herramienta para analizar el nivel de depresión que experimentan los adultos mayores y el GDS para observar el nivel de depresión antes y después del tratamiento y la evaluación cognitiva mediante el TONI 2. En las primeras sesiones se observaron comportamientos propios de la depresión como aislamiento poca participación no terminaban las tareas mostraban poca atención. Cada uno de ellos presentaba dichas conductas de acuerdo a su personalidad.

En la medida que las sesiones avanzaban se encontró que las conductas y pensamientos irracionales de los adultos mayores iban mejorando progresivamente. Estos se manifestaban en que conversaban más entre ellos realizaban las tareas asignadas participaban más en las dinámicas y los pensamientos irracionales como "no sirvo para nada", "soy un estorbo", "es mejor dormir que hablar con mis compañeros" iban disminuyendo.

#### 4.2 Discusión

La relevancia de haber abordado la depresión en ancianos proviene del propósito de averiguar si la intervención con la TCC permite la disminución de las manifestaciones presentes en este trastorno y que prevalecen en esta población estudiada. Como primer resultado se puede analizar la prevalencia de depresión que existe en la población estudiada, la cual manifiesta que al evaluar con el instrumento de GDS evidencio que el 100% de la muestra presentan puntuaciones que se encuentran en el índice señalado evidenciando la presencia del trastorno a un nivel leve de significación clínica tal y como se planteó en los criterios de inclusión.

Por otra parte al implementar el programa cognitivo conductual el cual evidencio la modificación de los pensamientos irracionales y conductas inapropiadas que caracterizan este tipo de trastorno al inicio de las sesiones (aislamiento falta de apetito poca atención desesperanza) como lo señala el DSM V (2013) ánimo depresivo anhedonia.

alteraciones del sueño cambios de peso o apetito pérdida de energía aumento o descenso en la actividad psicomotora pérdida de concentración sentimientos de culpa o de inutilidad ideación suicida

Así mismo cabe señalar que las puntuaciones demuestran que el total correspondiente al TONI 2 (Test of NoverbalIntelligence) aplicado a los ancianos antes del tratamiento demostro que la muestra estudiada estaba apta referente a la parte cognitiva de cada uno de ellos para la implementacion de dicho programa (TCC)

De ahí que este tipo de intervencion psicologica se convierte en una buena opcion para pacientes geriatricos con depresion si se desarrolla de una manera mas continua ya que sus efectos son perdurables a largo plazo en la medida en que los pacientes obtienen la capacidad para controlar su propia conducta y disponer de habilidades o estrategias que le permitan un analisis de los problemas indagar sobre las posibles soluciones y optar por aquellas que resultan la mas adecuadas para realizar la tareas aspecto que es cuestionable en relacion con el tratamiento farmacologico en aquellas personas que tienen un trastorno depresivo mayor

De esta forma la implementacion de esta tecnica obtuvo diversos beneficios en el rendimiento de cada paciente (realizacion de las tareas) a nivel cognitivo (concentracion en el ejercicio de tareas seguimiento de instrucciones analisis y solucion de problemas y planeacion de actividades) a nivel de las relaciones interpersonales (compañeros) estos cambios fueron notables en el contexto

Es relevante indicar que al terminar el programa se logro que cada uno de ellos cambiara pensamientos que nos permitian que pudieran demostrar su pericia en la ejecucion de diversas actividades presentando motivacion y mas interes en las mismas por lo que nuestra hipotesis de trabajo nos ayuda a evidenciar tal suceso apoyandonos en nuestro objetivo general sobre los efectos que produce la Terapia Cognitivo Conductual en la rehabilitacion de estos pacientes

Ademas en relacion a todo lo aplicado (test terapia y demas) logramos conocer los efectos del tratamiento en los pacientes geriatricos con trastorno depresivo apoyandonos de igual manera en un ente muy importante que es el sentirse bien consigo mismo y con los que le rodean

Por otro lado las autoinstrucciones permitieron que manejaran de forma adecuada las ordenes impartidas y la realizacion de diferentes actividades como la utilizacion del entrenamiento de relajacion por medio del cual logramos obtener que los pacientes redujeran la tension tanto mental como muscular asi como nos lo plantea Palomino (2013) quien afirman que esta tecnica tiene como fin el esfuerzo activo consciente para disminuir la tension muscular y tiene como objetivo reducir la tension muscular conscientemente para llegar de esta manera a reducir la tension mental tanto para situaciones de normalidad como para situaciones de stres

Finalmente aunque se modificaron algunas conductas y pensamientos en los pacientes en los principales sintomas del trastorno depresivo (presencia de tristeza perdida de interes o placer sentimientos de culpa o falta de autoestima trastornos del sueño o del apetito sensacion de cansancio y falta de concentracion) estos datos no son generalizados con toda la poblacion que padezca este trastorno ya que este estudio se realizo teniendo en cuenta unos criterios de inclusion especificos

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación ha sido determinar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual en pacientes geriátricos del asilo de ancianos San Juan de Dios de Santiago Veraguas fundamentando los resultados en las percepciones de cada paciente a través de la aplicación de las diversas pruebas y comprobando así mismo la congruencia entre las percepciones de ambos relativos al trastorno se obtuvieron las siguientes conclusiones

- Las edades de los pacientes oscilaban entre los 70 y 85 años predominando en la muestra el sexo masculino
- Los pacientes Geriátricos con depresión dada la naturaleza del trastorno tiene incidencias directas con el estado de ánimo relaciones interpersonales y las relaciones sociales de quien lo padece afectando la relación con las personas que le rodean
- En relación a la entrevista se pudo recabar que los pacientes tenían un nivel académico adecuado para la implementación del Toní 2 (test of nonverbal intelligence)
- El 29% de la muestra presenta un coeficiente intelectual medio alto y el 71% un coeficiente intelectual medio del total de muestra evaluada mediante el Toní 2 (test of nonverbal intelligence)
- Los pacientes Geriátricos de nuestra investigación experimentan muchas dificultades para concentrarse y no terminan sus actividades correctamente Esto

hace que su estado de animo no sea satisfactorio y los pensamientos irracionales los dominen

- El programa de terapia cognitivo conductual de nuestra investigacion permitio modificar ciertos comportamientos significativos a nivel psicologico para una probable rehabilitacion de los pacientes
- La tecnica efectuada que obtuvo mas cambios significativos en los pensamientos irracionales de los pacientes fue la del Afrontamiento ya que permitio mayor solucion a los problemas y la adaptacion a las diversas situaciones cotidianas generando en ellos pensamientos y acciones que los capacitan a manejar situaciones dificiles
- La implementacion de la Terapia Cognitivo conductual en esta investigacion permitio intervenir con la poblacion de estudio sin distincion de clase social de religion o cultural ya que estos aspectos no intervienen en el diagnostico e intervencion a su vez el programa se aplica a cualquier tipo de poblacion
- No se comprobo la  $H_1$  y por tanto fue aceptada la  $H_0$  y si bien es cierto a nivel cualitativo evidencio una mejora mas no fue asi desde el punto estadistico

## RECOMENDACIONES



## RECOMENDACIONES

Cuando nos planteemos a desarrollar algun programa de intervencion para satisfacer las necesidades generales que presentan los pacientes geriatricos de un asilo y nos disponemos a dar respuesta a las vicisitudes que estos pacientes presentan debemos tener en cuenta una serie de principios de actuacion mas si se trata de una intervencion por lo cual formulamos las siguientes recomendaciones en nuestra investigacion

- Es de suma importancia que este programa de terapia sea implementado en una de sus sesiones con las personas que cuidan a estos pacientes en el asilo ya que estos pueden aportar en el proceso una vision de coterapeutas y a la vez se busca que refuercen las conductas y pensamientos positivos
- Se deben tomar en cuenta que al utilizar la terapia cognitivo conductual en los pacientes geriatricos esta debe llevarse a cabo acoplado cada tecnica a las necesidades particulares de ellos y modificando de ser necesario las sesiones acorde a la evolucion de este tratamiento
- Aplicar el tratamiento (TCC) con la misma poblacion pero con otros rangos de edad severidad para asi evaluar los efectos de la misma
- Desde otra perspectiva a partir del desarrollo de esta investigacion se debe determinar que se llegue a un consenso con los cuidadores para que estos proporcionen un ambiente hogareño y tranquilo

- Como medida de gran importancia deberán coordinar actuaciones con todos los cuidadores para analizar la situación y plantearse en que medida se le puede ayudar a estos pacientes para que los ancianos que sean albergados en este asilo se sientan mas cómodos en el Hogar Y ademas con terapias continuas coordinadas con los programas de extension de la Universidad de Panama u otras instituciones de salud mental

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) *Editorial Medica Panamericana España*

Asociación americana de psiquiatría (2013) (American Psychiatric Association) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders) 5 Edición Washington American Psychiatric Press

Bados Arturo y García G. Eugeni (2013 agosto 25) La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Cerquera Cordova A. M. (2014 Junio 13) Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672008000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Carillo M. Lourdes (2012) *No te olvides de mí. Asociación Civil*. Recuperado de <http://noteolvidesdemí.org/sitio/2012-07-26-20-11-30/94-importancia-familia>

Centro de Terapia de Conducta. Psicólogos de Valencia (2013 agosto 25) Recuperado de <http://www.cetecova.com/index.php/terapia>

Comas-Forgas R., Luthar S. S., & Maddi S. R. (2013 agosto 11) El camino a la resiliencia. *American Psychological Association*. Recuperado de [http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia\\_camino.aspx#](http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia_camino.aspx#)

Correa P Andres F (2016) Psicoterapia grupal para adultos mayores con Depresion y Ansiedad España 59 pag  
([http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602\\_0051\\_0059.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf))

De Leon N Irma et al (2001) *Metodologia de la investigacion* 2da parte Editorial Pueblo y Educacion 37 pags

Douglas C Nance *Revista de Enfermeria del instituto Mexicano del Seguro Social* (2013) Volumen 12 Editorial Preinscripcion por profesionales de enfermeria en Mexico

Garua G Julio B et al *Banco de instrumentos basicos para la practica de la psiquiatria clinica* 3ra edicion

Hernandez Nicolas A y Sanchez S (1995) Juan de la Cruz *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud* 1ra Edicion en español Editorial Amertown Internacional S A 285 pags

Jervis Giovanni y Gonzalez G Jose Luis (2005) *La depresion dos enfoques complementarios* 1ra Edicion Editorial Fundamentos 208 pags

Martinez De B y Rivera Rivera J K Depresion en el adulto mayor estudio descriptivo a realizarse con personas adultas mayores Institucionalizadas en el hogar de ancianos de San Vicente de Paul san salvador (2011) Universidad Francisco Gavidia Recuperado de <http://hdl.handle.net/10972/598>

Papalia Diane E et al (2005) Desarrollo Humano 9na Edicion Editorial Mexico McGRAW – HILL/ INTERAMERICANAN S A 785 pags

Palomino M Pedro A (2013 agosto 25) *Entrenamiento de relajacion* Recuperado de [http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Relajacion\\_pedro.pdf](http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Relajacion_pedro.pdf)

Psicología (2013 agosto 25) *Técnicas de exposición Variantes y Aplicaciones*  
Recuperado de [http://onlinepsicologia.blogspot.com/2007/12/tecnicas de exposicin  
variantes y html#sthash=U9z0Q2bz dpuf](http://onlinepsicologia.blogspot.com/2007/12/tecnicas-de-exposicion-variantes-y-html#sthash=U9z0Q2bzdpuf)

Quintana G Annali (2010) *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango Hidalgo a través del instrumento WHOQOL BREF* Recuperado de [http://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

Romero Gamarra G (2014 Junio 13) Tratamiento Cognitivo – Conductual de un caso de depresión en la tercera edad Revista de Psiquiatría y salud Mental Hermilio Valdizan Recuperado de [http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO  
CONDUCTUALDE.pdf](http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVO%20CONDUCTUALDE.pdf)

Roth S M (2000) *Aspectos clínicos biológicos y sociales de las depresiones en la Tercera Edad* Actas españolas de Psiquiatría vol 28

Sarason I y Sarason B (2006) *Psicopatología* Mexico Pearson Prentice Hall

Silk S (2013 agosto 11) La tercera edad y la depresión *American Psychological Association* Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>

Solano N y Gallagher Thompson D (2001) *Intervenciones cognitivo conductuales para la depresión en personas mayores La eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores* Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford EE UU  
Universidad de Valencia (2013) Criterios diagnósticos DSM IV de depresión mayor  
Recuperado

de [http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum\\_valoracion\\_atencion\\_domiciliaria/109\\_Criterios\\_diagnosticos\\_DSM\\_IV\\_depresion\\_mayor.pdf](http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/109_Criterios_diagnosticos_DSM_IV_depresion_mayor.pdf)

Vasquez V C M et al *Estrategias de Afrontamiento* (2013 agosto 25) *Recuperado de* [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDgQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.psicosocial.net%2Fes%2Fcentro\\_de\\_documentacion%2Fdoc\\_download%2F94\\_estrategias\\_de\\_afrontamiento&ei=zsQgUvSPLKns1wK2loGoAg&usg=AFQjCNG12BgSl0mawdpfKl4jOhgtXutoA](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDgQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.psicosocial.net%2Fes%2Fcentro_de_documentacion%2Fdoc_download%2F94_estrategias_de_afrontamiento&ei=zsQgUvSPLKns1wK2loGoAg&usg=AFQjCNG12BgSl0mawdpfKl4jOhgtXutoA)

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

Consentimiento informado

Santiago de Veraguas 12 de Marzo de 2016

En forma libre y voluntaria yo \_\_\_\_\_

Identificado (a) con la cedula ciudadana numero \_\_\_\_\_ acepto formar parte del grupo que participaran en la investigacion que tendra como objetivo implementar un Programa de Tratamiento Cognitiva Conductual en pacientes geriatricos con depresion a traves de las sesiones terapeuticas que permitan modificar las conductas que afectan la dimension cognitiva emocional y social estudio que estara a cargo de la Licenciada Ana M Rodriguez estudiante de la maestria en Psicologia Clinica en la Universidad de Panama Centro Regional Universitario de Veraguas la cual se compromete en mantener informados acerca de la evolucion del proceso terapeutico



Anexo 2



ENTREVISTA CLINICA

Fecha de evaluacion \_\_\_\_\_ Hora de Inicio \_\_\_\_\_

ψ **DATOS GENERALES**

---

---

---

ψ **MOTIVO DE CONSULTA**

---

---

---

ψ **HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL O CUADRO CLINICO**

---

---

---

ψ **HISTORIA MEDICA FAMILIAR**

---

---

---

ψ **ANTECEDENTES DE NACIMIENTO**

---

---

---

ψ **OBSERVACIONES**

---

---

ψ **CONDUCTAS Y COGNICION**

---

---

---

ψ **PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS**

---

---

ψ IMPRESION DIAGNOSTICA

---

---

FIRMA DEL ESPECIALISTA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

### **Anexo 3**

Participante # 1

#### **Datos Generales**

Edad 72 años                      Sexo M                      Escolaridad universidad  
Profesion Ing Mecanico    Ocupacion Conducto de equipo pesado    Estado civil

#### **Motivo de consulta**

Es una persona que ha sufrido abandono de sus familiares se siente triste y apartado manifiesta que nadie se acuerda de el se encuentra preocupado porque no puede hacer las cosas que antes hacia ademas refiere que el encierro no lo aguanta y que el dinero que le dan en el MIDES no lo puede usar por lo que la tristeza lo invade y solo quiere dormir y que su familia lo venga a buscar

#### **Sintomatologia**

Cognitivo piensa que es el culpable de estar encerrado en el asilo y que merece estar allí  
Afecto tristeza preocupacion  
Conductual No habla con nadie se aparta de los demas constantemente  
Motivacional siente deseo profundo de que su hija se lo lleve del asilo  
Fisico debilidad y cansancio

#### **Historia de la enfermedad actual**

Es una persona discapacitada (silla de ruedas) pero a pesar de su discapacidad es una persona que se asea solo y come solo Es paciente hipertenso  
Hace dos semanas que presenta esta sintomatologia expuesta anteriormente

#### **Historia Familiar**

Tiene 3 hijos y esposa obtuvo su titulo universitario Mantiene relacion positiva con su hija mayor a la cual deposita su confianza y con los demas la relacion es conflictiva hasta ser abandonado

### **Historia Personal**

Trabajo en la ACP como operador de equipo pesado tiene 4 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago ingreso al mismo porque fue abandonado por sus familiares en el Hospital regional de Arriajan pero a pesar del suceso una de sus hijas lo va a visitar esporadicamente situacion que lo afecta mucho porque se quiere ir a casa con ella

Reconoce que su vida no va a mejorar si no sale del asilo ya que eso lo limita a realizar sus actividades sociales y economicas por lo que su frustracion lo lleva a una desesperanza

### **Historia medica**

Refiere ser Hipertenso utiliza una silla de ruedas para movilizarse no refiere antecedentes de enfermedades mentales

### **Diagnostico**

Eje I F33 0 Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin sintomas psicoticos

Eje II Z03 2 Ningun diagnostico

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG 70 (actual)

## **Anexo 4**

Participante # 2

### **Datos Generales**

Edad 74	Sexo M	Escolaridad III° de Primaria
Profesion Ninguna	Ocupacion Agricultor	Estado civil soltero

### **Motivo de consulta**

Se siente preocupado ansioso atrapado considera que nada esta bien allí tristeza dolor con profunda soledad manifiesta que quiere ir a ver sus siembros y a su sobrina

### **Sintomatologia**

Cognitivo piensa que nada esta bien en su vida ni en el lugar donde esta  
Afecto tristeza aunado a la melancolia ansiedad preocupacion  
Conductual le cuesta relacionarse con los demas aislamiento  
Motivacional Desea que su sobrina lo vaya a buscar e ir a su casa a ver sus siembros  
Fisico debilidad

### **Historia de la enfermedad actual**

Es un paciente con pensamientos de desesperanza con deseos de salir del asilo  
Hace dos semanas que presenta esta sintomatologia expuesta anteriormente

### **Historia Familiar**

Se desconoce ya que en su historial solo se encontro las evaluaciones realizada por el medico y los estudiantes de enfermeria solo manifiesta una relacion positiva con la sobrina y abandonado por el resto de sus familiares

### **Historia Personal**

Tiene 3 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago ingreso al mismo porque fue abandonado en el hospital puede realizar actividades de la vida cotidiana

Considera que su vida en el asilo no va a tener mejoría por lo que su deseo es salir de ese lugar

### **Historia médica**

No refiere antecedentes de enfermedades físicas y mentales

### **Diagnostico**

Eje I F33 0 Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin síntomas psicóticos

Eje II Z03 2 Ningún diagnóstico

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG 71 (actual)

## **Anexo 5**

Participante # 3

### **Datos Generales**

Edad 77 años	Sexo M	Escolaridad VI° de primaria
Profesion Ninguna	Ocupacion Jardinero	Estado civil soltero

### **Motivo de consulta**

Es una persona que se siente triste ya que donde vivia estaba comodo extraña estar en casa pero dice que así es la vida y que en la casa donde estaba ya no lo podian ayudar y considera ser una carga para la señora y para todos los que habitaban la casa

### **Sintomatologia**

Cognitivo piensa de manera negativa que es un estorbo y una carga para los demas

Afecto tristeza aunado a la melancolia

Conductual le cuesta relacionarse con los demas (aislamiento)

Motivacional desea regresar a su casa

Fisico problemas para conciliar el sueño fatiga

### **Historia de la enfermedad actual**

Refiere que llego por si solo al asilo se ve como una persona inutil por su edad a veces no tiene apetito y piensa que ya nada tiene solucion en su vida

Hace dos semanas que presenta esta sintomatologia expuesta anteriormente

### **Historia Familiar**

Vivia donde una señora a la cual le hacia trabajos de jardineria, pero por motivos ajenos a la señora ya no lo podia ayudar no tiene relacion con ningun familiar ya que desde que murieron sus padres a estado solo no sabe donde estan sus hermanos y desconoce el paradero de los demas familiares

### **Historia Personal**

Tiene 3 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago ingreso al mismo porque la señora que lo cuidaba no lo podía ayudar mas

Se encontro en las evaluaciones realizada por los estudiantes de enfermeria que puede realizar las actividades de la vida diaria

### **Historia medica**

No refiere antecedentes de enfermedades físicas ni mentales

### **Diagnostico**

Eje I	F33 0	Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin sintomas psicoticos
Eje II	Z03 2	Ningun diagnostico
Eje III		Ninguno
Eje IV		Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG	69 (actual)



## **Anexo 6**

Participante # 4

### **Datos Generales**

Edad 80 años	Sexo M	Escolaridad III° de primaria
Profesion Ninguna	Ocupacion Agricultor	Estado civil

### **Motivo de consulta**

Es una persona que manifiesta no querer estar en la carcel (asi se refiere al asilo) no puedo salir a ningun lado y tampoco nos sacan a pasear el dinero que me da el MIDES no lo puedo usar (expresion facial de tristeza)

### **Sintomatologia**

Cognitivo no puedo concentrarme en las cosas que hago  
Afecto tristeza, aunado a la melancolia  
Conductual aislamiento  
Motivacional Quiere volver a ver a su familia  
Fisico problemas para conciliar el sueño fatiga falta de apetito

### **Historia de la enfermedad actual**

Refiere que fue abandonado en un hospital el cual desconoce el nombre y quien lo llevo al hospital por lo que al no tener conocimiento de los familiares el personal del hospital decidio llevarlo al asilo por lo que desde que se informo que estaria en ese lugar por mucho tiempo los dias para el no son iguales ya que no quiere estar alli porque piensa que es una carcel y se siente muy triste

Hace dos semanas que presenta esta sintomatologia expuesta anteriormente

### **Historia Familiar**

Se desconoce por parte del paciente y lo que se pudo recabar en el expediente que reposa en el asilo no hay informacion alguna de los familiares \

### **Historia Personal**

Tiene 4 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago le gusta mucho trabajar la tierra refiere el paciente

Se encontro en las evaluaciones realizada por los estudiantes de enfermeria que puede realizar las actividades de la vida diaria

### **Historia medica**

No refiere antecedentes de enfermedades mentales paciente hipertenso

### **Diagnostico**

Eje I F33 0 Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin sintomas psicoticos

Eje II Z03 2 Ningun diagnostico

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG 70 (actual)

## **Anexo 7**

Participante # 5

### **Datos Generales**

Edad 80	Sexo	Escolaridad Media
Profesion Ninguna	Ocupacion Ninguna	Estado civil

### **Motivo de consulta**

Manifiesta estar solo y triste porque sus compañeros hablan mal de el aducen que es un lambon situacion por la cual se quiere irse del asilo expresa mucha tristeza en el rostro

### **Sintomatologia**

- Cognitivo no puede concentrarme en las cosas que hace
- Afecto tristeza desesperanza
- Conductual aislamiento
- Motivacional desea estar libre lejos del asilo
- Fisico falta de apetito problemas para conciliar el sueño fatiga

### **Historia de la enfermedad actual**

Refiere que la situacion de rechazo por parte los compañeros ha venido agudizando los sintomas de tristeza los cuales se han estado acentuando en la ultima semana y que lo tiene muy mal por los que los dias para el no son iguales ya que no quiere estar alli

Manifiesta que cuando colabora con el personal se distrae y no tiene pensamientos que lo hacen sentir tan mal

### **Historia Familiar**

Se desconoce por parte del paciente y lo que se pudo recabar en el expediente que reposa en el asilo no hay informacion alguna de los familiares mantuvo reserva al ser referencias acerca de la familia

### **Historia Personal**

Tiene 4 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago le gusta mucho colaborar en los oficios del asilo y se considera una persona muy activa por lo que considera que la agresión por parte de los compañeros los ha llevado a desestabilizarlo

Puede realizar las actividades de la vida diaria

### **Historia médica**

No refiere antecedentes de enfermedades mentales y físicas

### **Diagnostico**

Eje I F33.0 Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin síntomas psicóticos

Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG 65 (actual)

## **Anexo 8**

Participante # 6

### **Datos Generales**

Edad 81	Sexo M	Escolaridad Pre Media
Profesion Ninguna	Ocupacion Ninguna	Estado civil

### **Motivo de consulta**

Es una persona que se siente triste apatico y aislado de los demas manifiesta un sentido de una perdida o un vacio emocional situacion por la cual se quiere ir del asilo ya que nos e siente a gusto

### **Sintomatologia**

Cognitivo no puedo concentrarme en las cosas que hago  
Afecto tristeza apatia desesperanza  
Conductual Perdida o ausencia de interes por actividades anteriormente placenteras aislamiento  
Motivacional Quiere estar libre como antes  
Fisico falta de apetito problemas para conciliar el sueño fatiga

### **Historia de la enfermedad actual**

Refiere que la situacion ha venido provocando estos sintomas de tristeza que no le gustan ya que se considera una persona activa y que ha venido manifestado este desinteres por las actividades cotidianas que le gustaban realizar y que hace 2 semanas empezaron los sintomas ya antes mencionados

### **Historia Familiar**

Mantuvo reserva al ser referencias acerca de la familia y lo que se pudo recabar en el expediente que reposa en el asilo no hay informacion alguna de los familiares

### **Historia Personal**

Tiene 5 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago se considera una persona activa pero la melancolia lo invade y hace que salgan a relucir pensamientos negativos hacia el Se encontro en las evaluaciones realizada por los estudiantes de enfermeria que puede realizar las actividades de la vida diaria

### **Historia medica**

No refiere antecedentes de enfermedades mentales y fisicas

### **Diagnostico**

Eje I F33 0 Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin sintomas psicoticos  
Eje II Z03 2 Ningun diagnostico  
Eje III Ninguno  
Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo  
Eje V EEAG 70 (actual)

## **Anexo 9**

Participante # 7

### **Datos Generales**

Edad 83	Sexo M	Escolaridad Media
Profesion Ninguna	Ocupacion Ninguna	Estado civil

### **Motivo de consulta**

Es una persona que es apatica sin animo de realizar actividades cotidianas que lo satisfagan dentro del asilo alude que el encierro lo va a volver loco y que desea irse de ahí y que a pesar de que le dan la comida y un lugar donde estar no quiere estar en el asilo porque no puede salir a ningun lado a distraerse

### **Sintomatologia**

Cognitivo piensa que es el culpable de estar en el asilo  
Afecto tristeza apatia desesperanza  
Conductual Perdida o ausencia de interes por actividades anteriormente placenteras  
Motivacional Quiere estar libre como antes  
Fisico falta de apetito problemas para conciliar el sueño fatiga

### **Historia de la enfermedad actual**

Refiere que el estar encerrado no le ayuda de nada sin tener alguien conocido con quien conversar hace que su tristeza fluya con facilidad prefiere estar solo porque piensa que nadie lo comprende manifiesta que este tipo de pensamientos y conductas se han estado manifestando hace tres semanas y que le gustaria que le ayudara a sentirse mejor y terminar sus dias placentemente

### **Historia Familiar**

Mantuvo reserva al hacer referencias acerca de la familia y lo que se pudo recabar en el expediente que reposa en el asilo no hay informacion alguna de los familiares

### **Historia Personal**

Tiene 3 años de estar en el asilo San Juan de Dios de Santiago se considera una persona activa pero la melancolia lo invade y hace que salgan a relucir pensamientos negativos hacia el Se encontro en las evaluaciones realizada por los estudiantes de enfermeria que puede realizar las actividades de la vida diaria

### **Historia medica**

No refiere antecedentes de enfermedades mentales y físicas

### **Diagnostico**

Eje I	F33 0	Trastorno depresivo mayor episodio recidivante leve sin síntomas psicóticos
Eje II	Z03 2	Ningun diagnostico
Eje III		Ninguno
Eje IV		Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG	62 (actual)



## Anexo 10

## PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL

# MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO

2

## TERMOMETRO DEL ANIMO

SEMANA # \_\_\_\_\_

SEMANA " \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_

DLAS

ESTADO	El Mejo	9	9	9	9	9	9
	Bastant M j	8	8	8	8	8	8
	M jo	7	7	7	7	7	7
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6
	Regular	5	5	5	5	5	5
ANIMO	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4
	Peor	3	3	3	3	3	3
	Bastante Peor	2				2	2
	El Peor	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE  
PENSAMIENTOS

**POSITIVOS** \_\_\_\_\_

NEGATIVOS \_\_\_\_\_

ANOTACIONES

## Anexo 11

**PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL**  
**LISTA DE PENSAMIENTOS AGRADABLES**

## MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO

24

**OMBRE**

[illegible]

## Anexo 12

## PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL

### LISTA DE PENSAMIENTOS DESAGRADABLES

## MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO

2

NOMBRE \_\_\_\_\_

[illegible]

Anexo 13  
Muestra  
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

1	¿Esta satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si	No
5	¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	Si	No
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	Si	No
7	¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor?	Si	No
8	¿Teme que le pase algo malo?	Si	No
9	¿Se siente feliz muchas veces?	Si	No
10	¿Se siente a menudo impotente?	Si	No
11	¿Se siente a menudo intranquilo?	Si	No
12	¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	Si	No
13	¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	Si	No
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	Si	No
15	¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	Si	No
16	¿Se siente a menudo triste?	Si	No
17	¿Se siente usted inútil?	Si	No
18	¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	Si	No
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	Si	No
20	¿Le cuesta hacer nuevos proyectos?	Si	No
21	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
22	¿Se siente usted sin esperanza?	Si	No
23	¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	Si	No
24	¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas?	Si	No
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	Si	No
26	¿Es difícil para usted concentrarse?	Si	No
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	Si	No
28	¿Prefiere evitar grupos de gente?	Si	No
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	Si	No
30	¿Esta su mente tan clara como antes?	Si	No

Santiago, 11 de noviembre de 2017

A quien concierna

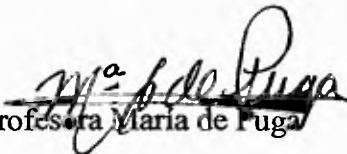
Yo Maria Juliana Franco Sanjur de Puga con cedula 9 115 1986 profesora de español hago constar que he revisado la ortografia puntuacion y redaccion del trabajo titulado

“ APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES GERIATRICOS CON DEPRESION”

Elaborado por        Rodriguez Ana M        9 730- 1284

Trabajo de grado para optar por el titulo de MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

Atentamente

  
Profesora Maria de Puga

Cedula 1 115 1986

Adjunto certificado

# UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

*Humanidades*

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,  
HACE CONSTAR QUE

*Maria Juliana Franco Sanchez*

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS  
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

*Licenciada en Filosofía y Letras  
con Especialización en Español*

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,  
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE  
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS *diecisiete*

DIAS DEL MES DE *septiembre* DE MIL NOVECIENTOS *ochenta y cinco*

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE EDUCACION  
SECRETARIA GENERAL

NOVIEMBRE de 1985

No. 187

1985

SECRETARIA GENERAL

REPUBLICA DE PANAMA

SECRETARIA GENERAL

*M. A. Franco*

*C. A. Franco*



*General*  
Secretario General